

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
ANOMALIES DU FOIE
ET DES
VOIES BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL JACQUEMET

Ancien Externe (concours de 1890) et Interne (concours de 1892) des Hôpitaux de Marseille

Aide d'anatomie et de physiologie (concours de 1894)

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire (concours de 1895)

Lauréat de l'Ecole de Médecine (concours de 1890, de 1891 et de 1892)

Lauréat du Comité médical des Bouches-du-Rhône (concours de 1895)

Prix Rampal (concours de 1894-96)

Né à Montpellier (Hérault), le 25 Mai 1871



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juillet 1896

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
ANOMALIES DU FOIE
ET DES
VOIES BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL JACQUEMET

Ancien Externe (concours de 1890) et Interne (concours de 1892) des Hôpitaux de Marseille

Aide d'anatomie et de physiologie (concours de 1894)

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire (concours de 1895)

Lauréat de l'Ecole de Médecine (concours de 1890, de 1891 et de 1892)

Lauréat du Comité médical des Bouches-du-Rhône (concours de 1895)

Prix Rampal (concours de 1894-96)

Né à Montpellier (Hérault), le 25 Mai 1871



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
		OLLIER.
Clinique obstétricales et Accouchements.....		PONCET.
Clinique ophtalmologique.....		FOCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAYET.
Clinique des maladies mentales.....		GAILLETON.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.....		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.....		CAZENEUVE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		FLORENCE.
Anatomie.....		LORTET.
Anatomie générale et Histologie.....		TESTUT.
Physiologie.....		RENAUT.
Pathologie interne.....		MORAT.
Pathologie externe.....		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique.....		MAYET.
Médecine opératoire.....		TRIPIER.
Médecine expérimentale et comparée.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine légale.....		ARLOING.
Hygiène.....		LACASSAGNE.
Thérapeutique.....		BARD.
Pharmacie.....		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT.	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ; MM. DURAND et COLLET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père
et de ma Mère

A Monsieur F. BLANCHARD

Vice-Président du Tribunal civil de Marseille

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. TEISSIER

A mes Maîtres

A mes Amis

PRÉFACE

L'étude que je présente aujourd'hui résume trois années de recherches poursuivies depuis le jour où, à l'autopsie d'ailleurs banale d'une femme, je rencontrai l'anomalie vraiment remarquable qui est comme la pierre angulaire de ce travail.

Les nombreuses observations qu'il m'a été donné de faire au cours d'une aussi longue suite d'examens nécroscopiques m'ont révélé certaines particularités que j'ai cherchées en vain dans les auteurs. De ces remarques, les unes, concernant le foie normal, sont relatées dans un mémoire qu'on m'a fait l'honneur de couronner ; j'ai réuni et discuté ici les autres, qui ont trait aux anomalies de la glande biliaire.

Je dirai de suite que ces anomalies sont rares.

Comme tout organe dont le développement est précoce, le foie échappe à de nombreuses causes de malformations, comparable en cela à l'intestin qui seul est moins variable que lui. Cependant, s'il est peu fréquent de rencontrer des modifications profondes de la glande hépatique, il est plus commun de noter des anomalies qui, pour ne pas atteindre sérieusement la forme ou les connexions de cet organe,

n'en constituent pas moins des états spéciaux qui ne sauraient être rapportés à la notion que l'on possède du foie normal.

Ainsi donc ce viscère, d'une si haute importance physiologique, pourra quelquefois se départir — mais dans une mesure le plus souvent restreinte — de la stabilité que l'anatomie se plaît à lui reconnaître. Dès lors, ne devient-il point intéressant d'étudier ces variations mêmes, et pour satisfaire une curiosité scientifique fort légitime, et aussi dans le but plus directement utile d'apporter une contribution, quelque faible qu'elle soit, à la pathologie des affections hépatiques?

Aussi bien, la chirurgie abdominale, traduisant par de si beaux résultats ses interventions sur les voies biliaires, doit-elle s'accommoder de la connaissance de certains obstacles que son heureuse audace lui permettra de franchir. Et si la pathologie médicale ne trouve point, dans ces notions nouvelles, matière à des succès aussi brillants, du moins pourra-t-elle les utiliser encore, car elles viendront dans certains cas éclairer un diagnostic douteux, indiquer une thérapeutique rationnelle.

En ces temps où de remarquables communications forcent l'attention générale à se reporter sur les affections du foie, à l'heure où l'écho s'éteint à peine de savantes discussions sur la cholédochotomie, une étude comme celle-ci ne saurait venir hors de propos. Mais qu'on ne s'y méprenne point : dans ce travail, sans prétentions d'aucune sorte, on ne trouvera pas un exposé magistral de la question, ardue

entre toutes, que j'ai abordée ; mes « considérations » n'ont pas une telle envergure : ce mot seul le dit. Destinées dans ma pensée à attirer l'attention sur un point encore négligé et qui cependant a bien son importance, elles revêtent une allure moins brillante ; je serais satisfait, si une plume plus compétente et plus autorisée que la mienne venait mettre en pleine lumière les faits sur lesquels mon modeste travail ne peut jeter qu'un rayon fugitif.

Voici le plan que je me suis tracé pour la rédaction de ce mémoire. Le chapitre I comprend quelques remarques générales, ainsi qu'un exposé de la méthode que j'ai suivie, enfin un tableau synoptique des anomalies du foie et des voies biliaires.

Dans les chapitres II et III j'envisage successivement ces anomalies sur le sujet d'ailleurs normal, et sur l'individu affecté, en plus de celle que j'étudie, d'une malformation quelconque.

Cinquante observations, résumé de ce que j'ai vu ou de ce que j'ai lu, sont réunies dans la IV^e partie, et précèdent un chapitre destiné aux déductions pathologiques qu'inspire leur lecture. Les conclusions ne sont que l'énumération des points saillants à la démonstration desquels j'ai consacré mes efforts.

Je le répète, mon mémoire n'a aucune prétention. Œuvre éminemment personnelle, il est, je ne me le dissimule point, susceptible de critiques. Mais ces critiques ne sauraient s'adresser qu'à la forme : le fond en est inattaquable, car il n'est point constitué par de vaines hypothèses ; ce fond, ce sont les faits eux-mêmes, que j'ai vus, ou qu'ont vus avant moi

des observateurs scrupuleux. Cette étude peut, sans doute, présenter quelques imperfections de détail ; mais l'ensemble en est édifié sur des bases inébranlables.

Lyon, 28 juillet 1896.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES ANOMALIES

Je considère comme anomalies, et étudierai comme telles, toutes les dispositions de la glande hépatique s'écartant sensiblement de ce qu'on est convenu d'appeler l'état normal.

Une objection surgit immédiatement à cette définition. Le viscère considéré est de ceux dont les caractères varient énormément, et si Vésale a quelque peu exagéré en disant que le foie n'a pas de forme déterminée, il est constant néanmoins qu'« aucun organe ne présente de plus grandes variétés de forme ⁽¹⁾ ». Quelle sera donc la limite au-delà de laquelle un foie devra être regardé comme anormal ; ou encore, comment doit-on se représenter le foie normal ?

Il n'entre pas dans mon sujet de donner une telle description. Cruveilhier a traité cette question de façon magistrale, et l'excellent livre du professeur Testut en donne un remarquable exposé. On trouvera dans ces deux ouvrages, j'y ai puisé moi-même, la notion exacte du foie normal.

Lorsque je considère comme anormal un foie s'é-

(1) Cruveilhier. Traité d'anat. descr. IV éd. t. II, p. 178.

cartant « sensiblement » de la disposition que l'on décrit d'ordinaire, je ne fais pas entrer dans cette catégorie tel viscère qui présente, par exemple, un de ces sillons en coup d'ongle qu'il est si fréquent de constater.

Ce « sensiblement », sensation un peu factice, si l'on veut, ou plutôt un peu personnelle, est affaire d'appréciation. Un foie anormal sera un foie dont l'allure, assez particulière, frappera un esprit qui possède les notions puisées dans les deux auteurs que j'ai cités ; notions répandues d'ailleurs dans une foule de bons ouvrages d'anatomie. Je le répète, c'est un peu une affaire d'appréciation personnelle ; mais seulement pour la limite, et alors de légères divergences n'ont pas grande importance.

Il faut se garder de considérer comme étalon, comme type fixe, un foie d'adulte mâle, par exemple, comme cela se fait souvent. Ce serait une erreur, et voici pourquoi. Rigoureusement, deux foies ne sont jamais semblables. Cette certitude, je l'ai acquise par l'examen de plus de cinq cents viscères, pratiqué tant à l'amphithéâtre de l'Ecole que dans celui des Hôpitaux. On peut et l'on doit, en pratique, établir les types suivants, dont les différences sont très réelles.

Foie de l'enfant. — Foie de l'adulte. — Foie de la femme. — Foie du vieillard.

Le foie du fœtus et de l'enfant diffère notablement de celui de l'adulte. Je n'insisterai pas sur les caractères du lobe gauche, que signalent tous les auteurs. Mais il existe, en outre, une série de petits si-

gnes distinctifs qui sont essentiels. Le premier caractère différentiel consiste tout d'abord en la continuité de tissu hépatique à la face inférieure entre le lobe carré et le lobe droit.

J'ai insisté, dans un travail antérieur ⁽¹⁾, sur cette particularité, qui accompagne le développement de la fossette cystique et de la vésicule biliaire. D'autre part, l'échancrure cystique est infiniment moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte : très souvent elle n'existe pas, assez souvent elle n'est qu'indiquée : ce n'est que dans quelques cas seulement qu'elle se montre très nettement. Le développement relatif acquis par la vésicule et les rapports qu'elle affecte avec la face inférieure du viscère et le péritoine sont également bien différents dans les deux cas.

D'autre part, le foie de l'homme adulte a une forme différente de celui de la femme. Celui-ci est toujours — quant au lobe droit du moins — beaucoup plus allongé, et présente une sorte de dépression large, dont l'exagération donne à ce lobe la forme que j'appelle en « sablier ». Cette particularité, d'ailleurs très nette, que présente le foie de la femme, est manifestement due au corset. Elle existait, exagérée, chez une femme tuberculeuse qui avait longtemps porté le corset serré : le foie, gras, et par conséquent encore plus malléable que de coutume, me présenta cette disposition en sablier avec une parfaite netteté. Cette déformation, qui n'est évidemment pas toujours aussi accentuée, varie avec le de-

(1) Le recessus hépato-cystique, Mémoire couronné (Prix Rampal), in *Marseille Médical*, 1896.

gré de constriction thoracique.

Enfin, le foie du vieillard n'est point comparable à celui de l'adulte. Atrophie physiologique par résorption insensible de la substance du lobe gauche ; même phénomène sur le bord antérieur, contribuant à déterminer, ainsi que je l'ai démontré ⁽¹⁾ l'exagération de la fossette cystique et l'amoindrissement de la distance sulco-marginale ; ratatinement général, qu'on me permette l'expression, de la glande hépatique, sont autant de côtés par lesquels s'affirment les différences.

Aussi est-il bon d'avoir un type correspondant à chacun de ces groupes, ou plutôt d'avoir présentes à l'esprit les modifications qu'imprime l'âge ou le sexe au type normal ; de la sorte on peut formuler sur la disposition que subit un foie quelconque, un jugement non entaché d'erreur.

De l'étude à laquelle je me suis livré sur un nombre considérable de sujets, il m'a semblé résulter qu'on pouvait, pour faciliter l'intelligence de descriptions parfois malaisées à suivre, grouper les anomalies ; aussi me suis-je efforcé d'en présenter une classification méthodique. Cette classification est d'ailleurs fort semblable à celle que j'ai déjà donnée ⁽²⁾ des anomalies du rein, ou du moins elle est basée sur le même principe. Mais ici les difficultés sont augmentées.

(1) Loc. cit.

(2) Trois nouveaux cas d'anomalies du système rénal, *Marseille Médical*, 1896.

Je n'envisage dans le tableau (1) ci-après que les anomalies constatées chez des sujets entièrement normaux. Les anomalies du foie chez les êtres anormaux pourront, sauf légères modifications, être étudiées en suivant le même plan.

Deux cas peuvent tout d'abord se présenter : ou bien l'organe est modifié dans sa forme et ses dimensions, dans cet ensemble dont nous possédons la notion ordinaire normale ; ou bien il ne présente pas cette modification ; d'où deux grands groupes. Etudions le premier d'entre eux :

Le foie, dont la forme s'éloigne donc plus ou moins, par un point ou par un autre, de la forme ordinaire, peut être : *a*). Situé à sa place normale. C'est le fait le plus ordinaire. Dans ce cas, on peut observer des variations, soit par réduction d'une ou de plusieurs de ses parties, soit au contraire par augmentation de ces mêmes éléments, soit enfin, sans qu'il y ait — grosso modo — de variation de volume bien sensible, par un agencement spécial de ses divers territoires, par exemple, la formation de lobes surnuméraires, de scissures anormales. *b*). En ectopie. Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, car le foie est l'un des viscères abdominaux les moins sujets aux déplacements, les altérations de forme se rencontrent sur un organe qui est plus ou moins déplacé dans l'abdomen ; et, ici, nous retrouvons les mêmes variations : par réduction, par augmentation, etc.

Second groupe : L'organe n'est pas modifié dans

(1) Voy. page 16.

sa forme; seulement il n'est plus à sa place : il est en ectopie. La forme générale est respectée, mais l'orientation varie. Cette anomalie est rare, et considérée comme état pathologique par certains auteurs. J'entrerai à ce sujet dans de plus amples considérations lorsque j'en serai arrivé à ce point de l'étude des anomalies.

Comme les anomalies du parenchyme glandulaire auquel elles servent de canaux d'excrétion, celles des voies biliaires extra-hépatiques — que seules j'étudierai dans ce mémoire — peuvent être de deux sortes : ou bien elles se rencontrent comme complément de la modification qui a atteint le viscère; ou bien, ce dernier étant d'ailleurs absolument normal, on n'observe que les modifications de ses canaux d'excrétion.

Comme plus haut, pour les anomalies de la glande proprement dite, j'étudierai successivement, et suivant la même méthode : *a*). Le groupe premier, dans lequel les voies biliaires étant — dans l'ensemble — en place, elles peuvent : être réduites de nombre, de longueur, de volume, etc.; soit au contraire augmentées (duplicité, longueur inaccoutumée, etc...), soit, enfin, présenter des changements de forme et de disposition. *b*). Le second groupe. Dans cette variété les voies biliaires ne sont plus à la place considérée comme normale (en tenant compte des modifications apportées par les dispositions de la glande); elles se présentent en ectopie. Ici encore, nous pouvons retrouver les diverses modalités envisagées dans le paragraphe précédent.

Enfin, dernière division, le foie est d'ailleurs normal. Ou bien les voies biliaires sont en place, ou bien en ectopie. *a*). On constate soit une réduction, soit une augmentation, soit un changement de forme ou de connexions. *b*). Ici, tout l'appareil étant profondément modifié, les anomalies, d'un caractère tout particulier, ne peuvent être soumises à une classification rigoureuse.

Le tableau ci-dessous résume ma classification des Anomalies du foie et des voies biliaires (¹).

(1) J'entends ici par voies biliaires les seuls conducteurs extra-hépatiques.

Classification des Anomalies du Foie ⁽¹⁾

et des Voies biliaires

I. — ANOMALIES DU FOIE

Le foie modifié dans sa forme et ses dimensions est	EN PLACE	Modification par réduction. — augmentation — variations des parties constituantes.
	ECTOPIQUE	Modification par réduction. — augmentation — variations des parties constituantes.
Le foie non modifié dans sa forme et ses dimensions est :	ECTOPIQUE	Variations qui accompagnent cette anomalie.

II. — ANOMALIES DES VOIES BILIAIRES

Anomalies sur un foie anormal	EN PLACE	Modification par réduction. — augmentation — variations des parties constituantes.
Les voies biliaires sont	ECTOPIQUES	Modification par réduction. — augmentation — variations des parties constituantes.
Anomalies sur un foie d'ailleurs normal	EN PLACE	Modification par réduction. — augmentation — variations des parties constituantes.
Les voies biliaires sont	ECTOPIQUES	Variations qui accompagnent cette anomalie.

(1) Je ne m'occuperai que de la glande hépatique et de ses canaux excréteurs, à l'exclusion des vaisseaux et des nerfs.

CHAPITRE II

LES ANOMALIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES CHEZ LES SUJETS D'AILLEURS NORMAUX

Je vais maintenant, en suivant l'ordre que j'ai adopté dans le tableau de classification précédent, étudier successivement les anomalies du foie chez des sujets qui ne présentent aucune autre malformation. Ce travail est basé sur les observations que j'ai pu recueillir, soit personnellement, soit dans les traités didactiques ou publications diverses. Dans cette masse de faits, jetés au hasard, j'ai tâché de rapprocher les cas semblables, de les grouper et de tirer de leur étude et de leur comparaison des données générales. Au cours de la description, je m'appuierai d'ailleurs constamment sur ces recherches, que j'ai cru utile de grouper en un faisceau à la fin de la partie anatomique de ce mémoire.

I. — Anomalies du Foie

1^{er} GROUPE

Ce premier groupe comprend tous les cas où, sur un sujet d'ailleurs parfaitement normal, l'organe hépatique est modifié dans sa forme. Mais cet or-

gane ainsi modifié peut se présenter dans deux situations bien différentes. Ou bien, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, le viscère occupe sa position normale, présentant seulement à l'observateur des modifications in situ; ou bien, fait plus rare, par suite d'une circonstance spéciale, laxité des ligaments, atonie de son appareil suspenseur, absence de quelques-unes des sangles qui le relient à la coupole diaphragmatique, nous le trouvons déplacé, d'une quantité plus ou moins grande, quelquefois fort considérable. Chacun de ces deux états comprend plusieurs variétés que nous allons étudier successivement.

§ 1. — L'Organe, modifié dans sa forme, a conservé sa place dans l'abdomen.

C'est là, je le répète, de beaucoup le plus fréquent des états anormaux de la glande hépatique.

Les modifications in situ dans la forme du foie, modifications stables, durables (il va sans dire que dans mes observations, j'ai absolument éliminé tous les viscères frappés d'une altération pathologique quelconque) peuvent, je crois, être rangés sous trois chefs, et constituer les trois grandes variétés énoncées sur le tableau.

1^{re} Variété. — Anomalies par réduction.

J'entends par réduction non point une diminution globale dans les dimensions de l'organe, diminution qui ne peut être que pathologique (cirrhose atrophique par ex. ;) et ne doit donc point être envisagée ici. Je comprends, par ce mot, une diminution por-

tant sur l'une des parties de la glande. Et ici il ne faut pas se laisser induire en erreur par les régressions physiologiques qui se produisent dans le foie (et que l'on trouve surtout marquées chez le vieillard); car, à tout prendre, cette résorption lente de la substance du lobe gauche se poursuit insensible mais incessante pendant toute la vie, depuis le moment où les deux lobes cessent de recevoir une quantité égale de sang (la veine omphalo-mésentérique ayant détourné à son profit les rameaux afférents qui provenaient de l'ombilicale). Il faudra donc pour se garder d'une interprétation fausse, s'enquérir tout d'abord de l'âge du sujet.

Les réductions partielles du foie peuvent porter : *a)* sur le lobe gauche; *b)* sur le lobe droit; *c)* sur le lobe du Spiegel; *d)* sur le lobe carré. Ces anomalies s'associent d'ailleurs quelquefois.

a). — Réduction portant sur le lobe gauche. — Il est fréquent de voir le lobe gauche constitué par une grande bande de tissu hépatique, longue quelquefois de toute l'étendue du lobe droit, mais très peu large; c'est l'atrophie du lobe gauche sans disposition cordiforme de l'organe. (Voir obs. de Laget. Bull. Soc. Anat., 1874.) Quelquefois aussi son extrémité gauche s'étfile en une languette très allongée qui va se cacher dans l'hypochondre gauche plus ou moins profondément. Mais cela ne suffit pas à constituer des anomalies. Celles-ci commencent lorsque l'atrophie du lobe est telle qu'il semble avoir presque disparu. Il prend alors un aspect triangulaire et le foie lui-même revêt une forme triangulaire aussi. Je trouve

dans la communication de Sollier (1) le terme de foie cordiforme. Ce mot exprime très exactement l'allure générale qu'a prise le viscère et je l'accepte volontiers. Mais avant d'arriver à un aspect nettement cordiforme, il y a beaucoup d'intermédiaires. La disposition nettement triangulaire, sans constituer une rareté absolue, n'est pas fréquente. Je n'en ai relevé qu'un cas bien net sur deux cents observations ; de plus, elle ne se rencontre pas l'enfance. Le fait que j'ai noté appartient à une femme de cinquante ans ; celui de Sollier, à un homme de soixante-sept ans. Toutefois, je ne crois pas qu'on puisse l'attribuer à l'atrophie sénile. Il y a certainement dans la genèse de ces formes, une cause qui nous échappe, mais qui me semble étrangère à la résorption lente ; en effet, celle-ci est caractérisée par un amincissement très-net des bords et de l'extrémité gauche de l'organe : au contraire, le foie cordiforme est un foie épais. La face supérieure paraît presque toute entière constituée par le lobe droit ; les dimensions ne sont pas diminuées ; le diamètre vertical ou épaisseur est même augmenté. Le ligament suspenseur apparaît tout au bout, à l'extrémité gauche : au-delà de ce ligament, le tissu du lobe gauche se présente sous forme d'une petite masse triangulaire dont les bords vont rapidement à la rencontre l'un de l'autre. Son diamètre transversal n'atteint que le tiers de celui du lobe droit.

Le bord antéro-inférieur du viscère offre dans son ensemble une direction oblique — très marquée — en

(1) Bull. Soc. An. fév. 1889, p. 212. V. obs. VIII.

haut et à gauche. Comme je l'ai dit, il est assez épais et cela dans toute son étendue. Les remaniements apportés à la disposition ordinaire sont surtout accentués à la face inférieure. Le lobe droit n'est guère modifié; mais la direction du sillon transversal change; ce dernier devient fortement oblique en haut et à gauche. De plus, le lobe de Spiegel, altéré dans sa forme, est d'ordinaire réduit, la saillie antérieure disparaît. Toutefois le colliculus caudatus reste assez développé.

Les changements les plus profonds portent surtout sur le lobe carré. Cette éminence disparaît absolument; il y a continuité de tissu entre la substance du lobe droit et celle du lobe gauche. Le cordon fibreux de la veine ombilicale plonge directement dans le parenchyme qu'il parcourt comme un tunnel pour aller atteindre la branche gauche de la veine porte.

La vésicule biliaire, plus ou moins développée, se trouve reportée en totalité à gauche, de telle sorte que le sillon antéro-postérieur droit qui correspond à la veine cave inférieure n'existe plus; le grand axe du réservoir biliaire se trouve sur une ligne antéro-postérieure qui passerait par le milieu du lobe de Spiegel. La vésicule se rapproche ainsi du ligament rond, tout en restant sur un plan inférieur et latéral. Cette remarque a son importance, car la disposition que je viens de décrire pour le foie cordiforme pourra être rapprochée de celle que j'indiquerai plus tard, et dans laquelle, sur un foie normal, on voit le sillon antéro-postérieur

droit disparaître et la vésicule se trouver immédiatement sous-jacente au ligament rond et placée parallèlement à lui.

b) Réduction portant sur le lobe droit. — A l'inverse de ce qui se produit pour le lobe gauche, il est très rare de rencontrer le lobe droit réduit dans ses dimensions et son volume. Sur deux cents observations, je n'ai rencontré ce cas qu'une seule fois, mais il est très démonstratif, ainsi qu'on en jugera par la lecture de l'observation X.

Ce foie appartenait à une femme de 63 ans morte de pneumonie gauche. Il pesait 1050 grammes (poids cadavérique). Les dimensions transversales étaient augmentées, le lobe gauche très développé (fait exceptionnel sur les sujets de cet âge). Le lobe droit diminué dans le diamètre antéro-postérieur, n'avait que dix-sept centimètres. De plus une vaste et profonde encoche située sur le bord droit contribuait encore à augmenter la perte de substance du parenchyme. Le bord inférieur de ce lobe, ainsi que celui du lobe gauche, ne présentaient pas les symptômes d'atrophie sénile si marqués sur certains viscères. La face inférieure n'était modifiée que du côté droit par la présence de l'encoche correspondante. Je le répète, ce cas est unique, et pour pouvoir tirer de tels faits d'utiles enseignements, il importe qu'ils soient en assez grand nombre. On ne peut donc qu'attendre la publication de nouvelles observations de ce genre.

c) Réduction portant sur le lobe de Spiegel. — Le lobe de Spiegel, bien que relativement constant, n'en offre

pas moins quelquefois des variations assez prononcées pour être rangées parmi les anomalies. Tantôt ces variations sont isolées, tantôt elles accompagnent d'autres malformations de la glande hépatique. Les variations par réduction que nous étudions ici, sont beaucoup plus rares que les variations par augmentation. Aucune règle ne commande l'atrophie du parenchyme de ce lobe (il est un fait digne de remarque : le prolongement qui réunit l'éminence postérieure au lobe droit, le *colliculus caudatus*, persiste toujours, ⁽¹⁾ quelque réduit que soit le parenchyme du lobe de Spiegel) : tantôt la diminution se fait dans le sens latéral, de manière à donner un lobe irrégulièrement quadrilatère et allongé ; tantôt elle se produit dans le sens antéro-postérieur et alors cette partie du foie prend un aspect irrégulièrement circulaire. Dans les deux cas, la veine cave inférieure n'est plus recouverte, comme cela arrive presque toujours, par le parenchyme hépatique. A ce niveau, elle chemine à ciel ouvert ou plutôt sous une lame de péritoine qui unit au lobe gauche le bord réduit de l'éminence postérieure. Les deux processus peuvent d'ailleurs se combiner : c'est ainsi que dans une observation, ce lobe réduit à une mince languette n'était d'ailleurs attaché au bord postérieur de l'organe que par un feuillet péritonéal de quatre centimètres de longueur. J'ai dit plus haut que cette variété était assez rare. Je ne l'ai en effet notée que deux fois. (obs. XI et XII)

(1) Je ne l'ai vu absent que dans un seul cas : mais il s'agissait d'un foie multilobé.

d) Réduction portant sur le lobe carré. — L'éminence porte antérieure ne commence à posséder une individualité propre, si je puis m'exprimer ainsi, que lorsqu'elle est définitivement limitée par la vésicule biliaire. J'ai en effet démontré dans un travail antérieur, que pour la grande majorité des cas, du moins chez le fœtus et l'enfant, par suite de l'évolution de la fossette cystique et du développement concomitant de la vésicule, le parenchyme hépatique est d'abord indivis et se continue sans démarcation du lobe droit à ce qui va devenir le lobe carré. Le tissu du foie se délimite peu à peu de l'intérieur à l'extérieur, et ce n'est que plus tard que la délimitation du lobe carré, déjà faite à gauche par le ligament rond, se termine, grâce au développement complet de la fossette cystique et à la production de l'échancrure dite de la vésicule biliaire. Ceci ne se rencontre pas d'une manière rigoureuse dans tous les cas; on voit quelquefois en effet, à cette âge, l'échancrure de la vésicule parfaitement dessinée sur le bord tranchant de l'organe; mais c'est là l'exception, et d'ordinaire le bord antérieur du foie, chez le fœtus et le jeune enfant, est tout d'une venue jusqu'à l'insertion du ligament suspenseur. Il n'a donc pas à cette époque de la vie, de délimitation exacte.

Cette particularité de l'anatomie descriptive du foie du fœtus et du jeune enfant ne me paraît pas avoir été suffisamment mise en lumière. Les auteurs qui la signalent — et ils sont assez rares — ne font d'ailleurs que l'indiquer très rapidement, et je n'ai trouvé dans aucun ouvrage d'étude sérieuse sur l'évolution de la

fossette cystique, de la vésicule, et du bord tranchant du foie. Le document le plus complet que j'aie pu recueillir n'est qu'une esquisse, exacte, mais combien légère, que je relève dans une thèse d'ailleurs remarquable (1). « Cette échancrure peut manquer complètement. Elle n'existe pas ou est très-peu développée chez le nouveau-né. »

Je passerai rapidement sur ce point, que je me contente d'indiquer; n'ayant pas à reproduire ici les conclusions de mon mémoire, je renvoie à ce travail ceux que pourrait intéresser la démonstration que j'ai donnée. On sait, d'autre part, que bien souvent (d'après mes observations, dans 80 pour 100 des cas) un pont assez épais de parenchyme hépatique relie le lobe carré au lobe gauche. Toutefois, la délimitation de l'éminence porte antérieure est rendue facile, grâce à la présence du ligament rond, qui, bien que souvent dissimulé dans un tunnel du parenchyme, est néanmoins toujours visible sur le bord antérieur au moment où il s'y engage. Une ligne droite unissant ce point à l'extrémité gauche du sillon transverse marque assez artificiellement, si l'on veut, la limite du lobe carré. Je ne saurais mieux comparer ce mode de délimitation qu'à celui, tout aussi couramment pratiqué pour établir les bornes du lobe occipital sur la face externe du cerveau.

Cette portion du foie est, de toutes, celle qui m'a paru présenter le plus de variations; il y a là, à la face inférieure du viscère, une région qui, même sur

(1) Jules Raynal, Thèse de Toulouse, 1894, n° 48. Recherches sur la vésicule biliaire.

des foies absolument normaux, ne se présente jamais bien exactement sous le même aspect; je n'ai jamais rencontré deux foies que l'on pût considérer comme absolument semblables à ce niveau. Les divergences sont multiples: elles portent tantôt sur les dimensions du sillon de la veine ombilicale, tantôt sur le volume du parenchyme qui joint les deux lobes; je ne cite que pour mémoire les cas où cette union se fait uniquement par l'intermédiaire de la séreuse: ici encore les variations sont considérables. Toutes ces dispositions peuvent d'ailleurs se combiner plus ou moins. La morphologie de cette région est donc extrêmement variable.

Je reviens maintenant à l'étude des réductions du lobe carré, dont la digression qui précède m'a quelque peu éloigné. Disons de suite que cette sorte de modification est fort rare; elle ne se rencontre presque jamais isolément et accompagne d'ordinaire une autre modification plus importante, qui imprime au foie une forme particulière: j'ai nommé le foie cordiforme. La vésicule étant reportée en masse du côté gauche et le ligament rond atteignant le bord tranchant au niveau ordinaire, il en résulte que l'éminence porte antérieure est réduite à une mince bande de tissu hépatique, de forme irrégulièrement triangulaire à base située vers le bord libre. J'ai rencontré cette disposition sur un foie qui ne présentait d'autre anomalie que la présence d'un petit lobule discoïde sur le lobe de Spiegel. Là encore, l'axe de la vésicule ne correspondait plus à la veine cave inférieure, mais se rapprochait de celui de l'énii-

nence postérieure et cela bien que l'aspect de l'organe fût à peu près normal.

La diminution de volume du lobe carré peut être encore plus considérable et aller jusqu'à l'absence complète. C'est ce que j'ai constaté dans un cas auquel j'ai plus haut fait allusion. Supposons un instant que la vésicule soit reportée tout à fait au-dessous du ligament rond, celui-ci, ou bien encore la ligne qui l'indique et qui devrait être la limite du lobe carré, devient dans ce cas celle du lobe droit ; il y a donc absence complète du premier. J'ai constaté une seule fois cette disposition très remarquable qui fait l'objet de l'observation n° XXXVIII.

Voici terminée l'étude des modifications que peut présenter la glande hépatique, par réduction d'une ou de plusieurs de ses parties. On a pu voir combien une telle disposition est rare. Ce fait frappera encore davantage lorsque nous aurons étudié les modifications inverses, c'est-à-dire par augmentation, qui sont au contraire relativement fréquentes. L'absence dûment constatée d'une des parties constituant de la glande est un cas exceptionnel. Assez souvent au contraire, il est donné de constater la présence de parties surnuméraires. Mais ces dernières se présentent le plus ordinairement sous forme de lobes accessoires qui déterminent un changement très notable dans l'aspect extérieur du viscère et lui impriment un cachet spécial. Aussi, pour ne point scinder l'étude de cas vraiment fort semblables, j'en donnerai la description dans le chapitre II avec celle du foie lobulé.

2^{me} Variété. — Anomalies par augmentation.

a) Augmentation portant sur le lobe droit. — Très souvent, en dehors de tout état pathologique, on peut constater que le lobe droit est augmenté dans ses dimensions et notamment selon le diamètre antéro-postérieur. Chez la femme, une disposition qu'on ne saurait sans exagération élever à la dignité d'anomalie (c'est la forme en sablier de l'organe hépatique), se rencontre fréquemment. En effet, par suite de la constriction produite par le corset, le lobe droit est légèrement rétréci vers l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs et présente au-dessous de cette portion, d'ailleurs plus ou moins large, plus ou moins étendue, un évasement qui justifie la comparaison dont je me suis servi plus haut. Cet état est bien le fait de l'application du corset, car je ne l'ai rencontré ni chez l'homme, ni chez trois femmes indiennes ayant succombé très rapidement à une attaque de choléra et que j'eus l'occasion d'autopsier six heures après leur mort. J'ajoute que la disposition « en sablier » est d'autant plus marquée que la constriction exercée a été plus forte et plus prolongée.

Toutefois, et sans parler ici des cas où un ou plusieurs lobes accessoires viennent s'ajouter au lobe droit, il existe des sujets chez lesquels cette partie du viscère présente une hypertrophie manifeste. J'en ai recueilli un fort bel exemple dans les *Tabulæ Anatomico-pathologicæ* de Meckel (Obs. XVIII). La planche très démonstrative qui l'accompagne nous présente un lobe droit très étendu dans le sens antéro-posté-

rieur et offrant en arrière un prolongement considérable, de forme triangulaire. Mais de tels exemples sont rares et l'augmentation de volume du lobe droit est le plus souvent produite par l'adjonction de lobes accessoires. On a alors affaire à des foies lobulés.

b) Augmentation portant sur le lobe gauche. — La remarque précédente est de tout point applicable au lobe gauche. Cependant ici encore, on peut observer une hypertrophie non accompagnée de lobulation. Dans ces cas, on constate : soit une augmentation du diamètre antéro-postérieur par suite de la présence selon ce diamètre d'un prolongement de la substance hépatique qui modifie ainsi plus ou moins profondément l'aspect et les dimensions du bord postérieur de l'organe ; soit encore, ainsi que le figure Meckel (obs. XV) et que j'en ai observé moi-même un cas (obs. XIII), une augmentation du diamètre transversal avec intégrité dans une certaine étendue, ou diminution dès l'origine du lobe gauche, des dimensions de son diamètre antéro-postérieur. Le lobe gauche prend donc de la sorte une forme grossièrement rectangulaire. Cette disposition est du reste fort rare.

c) Augmentation portant sur le lobe de Spiegel. — L'atrophie de ce lobe est, nous l'avons vu, exceptionnelle. Il est moins rare de rencontrer l'éminence portée postérieure avec des dimensions supérieures à la normale. Dans ces conditions, deux dispositions peuvent être constatées : ou bien l'hypertrophie portant sur le lobe tout entier ; ou bien la présence sur ce lobe, soit d'un prolongement postérieur, soit d'un

petit lobule arrondi et implanté vers le centre ou le bord antérieur.

Dans la première variété, l'augmentation de volume entraîne certaines modifications dans les rapports de cette partie du foie : le sillon transverse est rétréci dans le sens antéro-postérieur par le prolongement qui le surplombe ; le sillon occupé par le canal d'Aranzi est en partie comblé ; enfin, la veine cave inférieure est recouverte par le parenchyme de l'éminence porte postérieure.

La seconde variété ne modifie que très peu les rapports ordinaires du lobe. Celui-ci détache seulement de son angle postérieur gauche une languette fusiforme longue de 1 centimètres à 3 centimètres, d'une largeur de 5 à 15 millimètres. Ce prolongement se dirige obliquement en arrière et à gauche recouvrant en sautoir le canal d'Arantius. Une telle disposition ne se rencontre pas fréquemment ; je l'ai notée deux fois seulement : la première sur un sujet de 30 ans, la seconde sur un enfant de 35 jours. Dans ce dernier cas, les dimensions étaient les suivantes : longueur = 10 millim. ; largeur = 3 millim. ; épaisseur = 2 millim. Quant à l'hypertrophie totale, nettement caractérisée, je ne l'ai rencontrée également que deux fois. On voit souvent la portion antérieure du lobe, celle qui surplombe le sillon transversal, plus développée que de coutume ; mais cette légère différence ne suffit pas à constituer une véritable anomalie. Enfin, j'ai noté dans un cas où il y avait, en outre, une atrophie considérable du lobe carré, la présence sur le lobe de Spiegel d'une petite masse

discoïde de tissu hépatique de la dimension d'une pièce de 20 centimes et adhérent au lobe de Spiegel par un pédicule de 1 millim. de largeur sur 3 millim. de longueur. Une disposition semblable est représentée par Meckel (Tab. An. Path.). Elle accompagne une hypertrophie essentielle de la portion postérieure du lobe droit (v. obs. XVIII).

d) Augmentation portant sur le lobe carré. —

Cette variété, de toutes la plus fréquente, est constituée, dans la grande majorité des cas, par l'adjonction à l'éminence antérieure d'un lobule accessoire de forme et de dimensions très variables, plus ou moins pédiculé; tous les intermédiaires peuvent se rencontrer, depuis la simple indication par un sillon quelquefois assez superficiel d'un commencement de lobulation, jusqu'à la présence d'un lobule quelquefois assez volumineux et nettement accusé. Je relève dans mes notes seize cas sur deux cents observations; trois fois seulement il s'agit du lobule nettement pédiculé, ovoïde ou discoïde. Dans les autres, c'est ou bien un petit prolongement triangulaire de 10 à 15 millimètres de longueur rattaché par sa base au lobe carré; ou encore une sorte de lobule analogue à une écaille que l'on aurait en partie détachée, mais adhérent encore par une large ligne d'insertion au parenchyme hépatique.

Toutes les modifications que j'ai étudiées jusqu'ici peuvent se rencontrer isolément; mais elles peuvent aussi s'associer, se combiner, donnant ainsi naissance à un nombre considérable de cas particuliers sur lesquels on ne saurait insister.

*3^{me} variété. — Modifications dans la forme du viscère,
sans augmentation sensible de son volume*

Nous arrivons maintenant, après avoir successivement décrit des modifications en quelque sorte simples, à des anomalies beaucoup plus complexes, mais qui sont, sans contredit, parmi les plus intéressantes que puisse présenter la glande hépatique. Cette classe comprend en effet deux grandes variétés en apparence voisines : les foies incisés et les foies lobulés. Les premiers caractérisés par la présence de sillons généralement rectilignes et ne déterminant pas dans le parenchyme glandulaire la formation de lobes ou de lobules ; les autres, au contraire, présentant cette particularité d'être divisés en lobes par des scissures dont la direction et la profondeur ne sont soumises à aucune règle fixe.

FOIE INCISÉ. — Il est assez fréquent de rencontrer (cela se voit surtout à la face inférieure et plus particulièrement sur le lobe droit) sillonnant le parenchyme hépatique d'une façon irrégulière, des incisions d'ordinaire peu profondes, rectilignes ou en croissant, et fort variables dans leurs dimensions qui oscillent entre quelques millimètres et quelques centimètres. Tantôt elles naissent et se terminent loin des bords de l'organe ; quelquefois elles arrivent jusqu'à les atteindre par une de leurs extrémités ; enfin, dans quelques cas plus rares, elles unissent entre elles deux portions plus ou moins éloignées de l'un des bords (généralement alors le bord tranchant). Ce sont là des modifications fort légères de la forme du viscère. Je ne m'y arrêterai

pas davantage et passerai de suite à une autre variété bien autrement intéressante du foie incisé, intéressante à la fois et par les modifications — presque toujours semblables — qu'elle présente, et par les divergences que soulève l'interprétation d'une disposition si spéciale et si caractéristique.

Voici sous quelle forme se présente cette variété de foie incisé. Dans la très grande majorité des cas (je ne relève qu'une exception puisée dans les Tabl. anat. pathol. de Meckel) les modifications portent sur le lobe droit à sa partie postérieure. Elles consistent en la production de sillons rectilignes assez profonds, parallèles entre eux et au bord droit du viscère, distants les uns des autres de deux à cinq centimètres en moyenne. Leur longueur est variable, mais va d'ordinaire en décroissant soit de gauche à droite, soit de droite à gauche, de sorte que le sillon chef de file est celui qui offre, tant en hauteur qu'en profondeur, les dimensions les plus considérables. Dans quelques cas, on ne rencontre qu'un sillon isolé : mais le fait est rare et presque toujours il y a au moins deux sillons. Le nombre de ceux-ci peut d'ailleurs être bien plus grand et s'élever (cas de Meckel, loc. cit., et obs. XV) jusqu'à neuf. Sur les six cas que j'ai observés, j'ai noté : une seule fois un sillon, quatre fois deux, une fois trois. D'autre part, Caryophyllis (Bull. Soc. Anat. de Paris, mars 1889, p. 203, v. obs. I) donne la description d'un foie présentant quatre sillons, et Michaut (ibid., janvier 1888, p. 10) d'un viscère en offrant cinq (v. obs. II). Quant à la situation du

sillon chef de file, il se trouvait quatre fois à gauche et deux fois à droite. Il est digne de remarque que cette anomalie ne se rencontre jamais dans le jeune âge, mais toujours à partir de 50 ans. Sur mes six observations, je lis : 48 ans, 54, 56, 60, 65, 83 ; celles de Caryophyllis et de Michaut témoignent dans le même sens : 74 et 68. Enfin, le sexe des sujets doit être pris en sérieuse considération, car la simple lecture de la statistique ci dessous suffira à réfuter l'un des arguments invoqués pour expliquer la production de ces anomalies.

Les huit cas (dont un seul pour le sexe féminin) sur lesquels je puis baser cette étude, donnent la proportion éloquente de 86 0/0 au profit du sexe masculin ; chiffre qui vient donc confirmer l'opinion de Zahn. (Revue médicale de la Suisse Romande, 1882).

Quelle explication donner de cette singulière anomalie ? Sa cause immédiate réside, sans conteste, dans la pression exercée sur le parenchyme hépatique essentiellement malléable par les fibres du diaphragme. On peut toujours, en effet, superposer au sillon du foie le pli musculaire qui l'a produit : cela est manifeste lorsqu'on ouvre la cavité thoracique et qu'on la vide de ses viscères avant d'entamer la paroi abdominale. D'ailleurs les incisions ne dépendent évidemment ni de la pression exercée par les côtes, je ne discuterai même pas cette hypothèse, ni d'une altération pathologique, car le péritoine, comme aussi le parenchyme glandulaire sous-jacent sont parfaitement sains à leur niveau.

Mais pour quelle raison, sous quelle influence, ces plis diaphragmatiques se sont-ils montrés ? La question est interprétée de façons fort diverses par les auteurs qui ont essayé d'élucider ce point délicat, et parmi lesquels je citerai : Cruveilhier ⁽¹⁾, Liebermeister ⁽²⁾, Klebs ⁽³⁾, Orth ⁽⁴⁾, Zahn ⁽⁵⁾, et plus récemment Séglas ⁽⁶⁾ et Michaut ⁽⁷⁾. Les trois premiers admettent que, sous l'influence d'une pression extérieure, le foie est refoulé contre le diaphragme qui se plisse en certains endroits ; l'agent de cette pression réside pour Cruveilhier dans le corset, et pour Liebermeister et Klebs dans les muscles de l'abdomen. Or la première de ces hypothèses, fort séduisante à la vérité, n'est pas soutenable, si l'on considère que dans 86 0/0 des cas, l'anomalie se rencontre chez l'homme. Quant à la seconde, il est malaisé de concevoir comment il se fait que les efforts expiratoires accumulés pendant dix, vingt, trente années, ne suffisent point à créer ces empreintes, alors que la dépression rénale, par exemple, est constituée dès les premiers mois. Cette considération suffit, de même, à faire rejeter la théorie défendue par Orth, d'après lequel, dans la presque totalité des cas, l'anomalie que nous étudions serait congénitale ; car, je le répète, on ne

(1) *Anatom. pathol.*, liv. 29, p. 4.

(2) *Beitrage zur pathologischen Anatomie*, Tübingen, 1864.

(3) *Handbuch der pathologischen Anatomie*, p. 362.

(4) *Compendium der pathologisch — anatomischen Diagnostik.*, p. 448.

(5) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1882, p. 19.

(6) *Bulletin de la Société anat. de Paris*, mars 1886, p. 163.

(7) *Ibid.*, janvier 1888, p. 10.

constate ces incisures qu'à partir de cinquante ans environ.

L'opinion de Zahn est de beaucoup la plus satisfaisante et la mieux étayée. L'auteur ayant remarqué que, onze fois sur douze, les sillons diaphragmatiques coïncident avec des affections des voies respiratoires, le plus souvent chroniques, rapporte à leur influence la production de ces sillons. C'est là, évidemment, une interprétation heureuse, applicable à la grande majorité des cas; cependant, au cours des nécropsies qu'on pratique chaque jour, nombreux sont les sujets chez lesquels une altération même profonde de la plèvre ayant occasionné des adhérences parfois généralisées, ne retentit nullement sur la glande hépatique. J'ai notamment été frappé de ce fait dans deux cas très démonstratifs : l'un de pleurésie droite (homme de 57 ans); l'autre de pneumonie droite avec ancienne pleurésie du même côté (homme, 36 ans); les deux feuillets de la séreuse respiratoire, profondément modifiés par une inflammation de longue durée, étaient adhérents dans presque toute leur étendue, sans que le foie présentât la moindre dépression. Mais ces faits ne sauraient infirmer la théorie de Zahn; on doit simplement admettre que, à côté de l'influence parfaitement démontrée des affections chroniques des voies respiratoires sur la production des sillons diaphragmatiques, il y a place pour d'autres causes, étrangères toutefois — je l'ai prouvé plus haut — aux pressions venues de l'extérieur (hypothèse acceptée par Séglas), causes dont il est malaisé pour

le moment tout au moins, d'élucider la nature.

FOIE MULTILOBÉ. — Les anomalies de ce genre, nettement caractérisées, comptent parmi les plus curieuses et aussi les plus rares de toutes celles que l'on peut constater sur le foie. Les modifications apportées à l'aspect extérieur du viscère par les incisions et les sillons nouveaux qui en remanient profondément le parenchyme, les déplacements parfois très marqués que subissent de ce chef les vaisseaux et les voies d'excrétion, enfin la variabilité extrême qui semble présider à la genèse des scissures interlobaires accessoires, donnent à cette anomalie un caractère tout spécial et contribuent à en faire une des plus intéressantes de l'Anatomie descriptive.

Je viens de dire qu'une telle disposition est rare. Cependant, à ne considérer les choses que d'une façon superficielle, cette opinion paraît excessive, et il semblerait que les foies multilobés ou plurilobulés se rencontrent assez fréquemment : erreur absolue, qui provient de ce que l'on fait entrer dans cette catégorie des organes qui ont subi une altération pathologique, ou encore sur lesquels une compression partielle et prolongée a déterminé la formation de lobes secondaires. J'ai relevé dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, deux exemples de ce dernier mécanisme : dans l'un, c'était le côlon, dans l'autre la crête iliaque qui, déprimant le parenchyme hépatique, avaient ainsi produit un pseudo-lobe accessoire. D'autre part, il ne faut pas oublier que l'hépatite syphilitique diffuse

imprime au viscère qu'elle atteint des modifications telles qu'il arrive à présenter une disposition lobulée des plus manifestes (disposition n'ayant évidemment rien à voir avec la lobulation vraie qui est congénitale) ; et cette ressemblance se poursuit d'une manière si parfaite qu'un esprit prévenu seul peut éviter l'erreur. Un caractère essentiel, mais qui toutefois veut être cherché, dénonce cependant l'origine et la nature des altérations : c'est l'état de la séreuse au niveau des sillons et aussi l'aspect propre de la glande. Le péritoine présente de fines adhérences unissant les parois des scissures. La capsule qu'il recouvre est blanche, épaissie, dure à la coupe ; enfin le parenchyme hépatique est parcouru par des trainées jaunâtres, réticulées, formées de tissu fibreux.

Si donc on fait abstraction de tous les cas de ce genre, la littérature anatomique apparaît vraiment pauvre en foies multilobés. J'en ai recueilli onze cas, auxquels j'ajouterai les deux que j'ai observés (1). Ces treize faits peuvent être rangés en trois catégories. Dans la première, les lobes surnuméraires n'ont avec le tissu hépatique que des connexions membraneuses et vasculaires : Meckel (obs. XIV), Cruveilhier (obs. L), Laget (obs. XXXIII) ; dans la seconde, ils conservent un pédicule plus ou moins étroit, mais formé de tissu hépatique ; Grenet (obs. V), Alezais et Arnaud (obs. III), Meckel (obs. XXVI et XXVII), Yvon (obs. VII), Tschér-

(1) Obs. XXXVI et XXXVII.

ning (obs. XIX), Langenbüch (obs. XX) et moi-même (obs. XXXVI et XXXVII). La combinaison des deux dispositions énumérées ci-dessus caractérise la troisième catégorie. Potherat (obs. VI).

Lorsqu'on se trouve en présence d'un foie multilobé, le désir qui tout d'abord s'empare de l'esprit est d'établir une comparaison entre l'organe que l'on a sous les yeux et celui de certains animaux ; l'idée fort légitime d'un tel rapprochement étant en quelque sorte imposée par l'admirable doctrine de l'évolution. Mais il y a loin de la coupe aux lèvres ; et presque toujours, sinon dans tous les cas, il est impossible, non seulement de trouver sur l'un des vertébrés supérieurs une disposition parfaitement concordante, mais même de placer le fait particulier dans le cadre schématique qui a été donné du foie des mammifères. On connaît la description de ce type général, que Flower (1872) a publiée et fixée par un schéma qui porte justement son nom. Un sillon axial dorso-ventral contenant la veine ombilicale ou le cordon fibreux qui la représente, divise le parenchyme en deux lobes, droit et gauche. Chacun de ceux-ci est à son tour divisé par un sillon parallèle au précédent en deux lobes, central et latéral. Le lobe central droit est enfin partagé par une scissure transversale, en deux territoires, l'un antérieur, l'autre postérieur ; ce dernier n'est autre que le lobe de Spiegel, et se prolonge en bas à droite et en dehors, par un appendice, lobulus caudatus, présentant un sillon dans lequel passe la veine cave inférieure.

Telle est la disposition type, d'après Flower: Rex (Beitrag zur Morphologie der Säugerleber) ⁽¹⁾ en donne une description différente. Il reconnaît en effet un lobe moyen, deux lobes droits (supérieur et inférieur) et deux lobes gauches (supérieur et inférieur). Quel que soit d'ailleurs le type admis, le ou plutôt les foies multilobés (car il y a jusqu'ici autant de variétés que de cas) ne cadrent pas avec le schéma. Cela tient, je crois, à ce que leur nombre, beaucoup trop restreint, ne permet pas encore une étude d'ensemble, presque tous les intermédiaires faisant défaut. Aussi ne tenterai-je pas une vaine description de caractères généraux, description qui serait absolument factice et qu'il n'est pas possible d'établir actuellement, vu l'insuffisance notoire de nos connaissances sur ce point spécial. Pour l'étude de chaque cas, qu'il est indispensable d'envisager isolément, je renvoie au chapitre IV où sont relatées toutes les observations que j'ai pu recueillir.

Sur les lignes précédentes se termine le détail du premier paragraphe de la classification que j'ai suivie. Ainsi que je le disais au début, il comprend le plus grand nombre des anomalies qu'on observe d'ordinaire chez les sujets d'ailleurs bien conformés. Les malformations ex situ de la glande hépatique sont de beaucoup plus rares, ainsi qu'on pourra le voir dans le paragraphe qui suit.

(1) Morph. Jahrb, Band XIV, 1888.

§ 2. L'organe modifié dans sa forme se présente en ectopie.

Le foie en ectopie abdominale, encore appelé foie flottant, foie mobile, peut avoir été conduit dans sa position anormale de deux manières principales : par rotation autour de son axe transversal, ou par déplacement dans le sens vertical. Mais ce double mécanisme n'est pas le seul que l'on puisse invoquer ; c'est ainsi que l'on a rencontré ⁽¹⁾ un foie ectopique par interversion et rotation autour de l'axe vertical ; ou encore que l'on a vu ⁽²⁾ ce viscère, presque entièrement libre dans la cavité abdominale, ayant perdu la plupart de ses attaches ligamenteuses, occuper la partie moyenne de la région abdominale supérieure. D'ailleurs il est très rare que ces déplacements ne soient pas produits par la combinaison de deux causes : par exemple, une latéro-version associée à un degré plus ou moins notable d'antéversion, etc.. Les cas de foie mobile constituent, à tout prendre, une anomalie peu commune. Blet, dans sa thèse inaugurale ⁽³⁾, n'en réunissait guère que dix cas ; la même année, Wasiliew ⁽⁴⁾ en publie trois ; quelques mois plus tard, Gerhard Léopold ⁽⁵⁾ en présente sept. Rosenkranz ⁽⁶⁾ dans une revue générale, récapitule les observations

(1) Kirrison, Bull. Soc. An., Février 1880, p. 112.

(2) Longuet. Ibid. Février 1873, p. 186.

(3) Etude sur le foie mobile, th. Paris, 1876.

(4) Petersb. Med. Vochensch. p. 30.

(5) Zur Lehre von der Wanderleber (Corresp. Blatt. für Schweiz Aezrte, 1887).

(6) Berlin. Klin. Vochens. nov. 86.

antérieures et en y ajoutant un fait personnel arrive au total de vingt-sept. Enfin, plus récemment Gontermann (1) donne le résultat de l'examen nécroscopique d'un enfant présentant cette anomalie.

Je dis : présentant cette anomalie, et non pas : atteint de cette affection ; et cependant, il semblerait que le foie flottant dût être assimilé au rein mobile ; plusieurs auteurs admettent en effet une analogie complète entre ces deux dispositions. De son côté, Léopold acceptant l'opinion de Meisner, pense que le foie ectopique doit sa mobilité à la présence congénitale d'un méso-hépar, ruban plus ou moins étroit, plus ou moins long, qui relierait le viscère au diaphragme. Cette vue théorique de Meisner s'est trouvée confirmée par une nécropsie de Wasiliew, au cours de laquelle l'auteur rencontra ce méso chez un enfant de trois ans. Si l'on rapproche ce fait de celui de Longuet (2) et de Kirmisson (3) et en l'absence d'une démonstration anatomique de la théorie opposée (disposition ordinaire des ligaments qui présenteraient seulement une laxité anormale), on est conduit à accepter, jusqu'à preuve macro ou microscopique du contraire, que l'ectopie du foie ne va pas sans une anomalie de son appareil suspenseur.

Dans l'immense majorité des cas, le foie flottant se présente sous forme d'une tumeur située à droite dépassant assez souvent la ligne blanche, s'étendant quelquefois jusque vers le pubis et pouvant être refoulé

(1) Deutsche. Med. Vochensch, 1890, p. 1043

(2) Loc. cit.

(3) Loc. cit.

plus ou moins complètement dans les limites normales de l'organe. Ce dernier ne semble pas offrir, en dehors de la disposition spéciale des ligaments, une malformation quelconque. De tels faits rentrent donc dans la seconde division des anomalies du foie. Pour être fidèle au plan que je me suis imposé, je n'envisagerai ici que les cas où l'ectopie s'accompagne d'une disposition du viscère qui ne peut être considérée comme normale.

La première variété, ectopie avec modification par réduction, ne m'a fourni aucun exemple. De la deuxième; ectopie avec augmentation, nous avons un seul cas (1). L'organe semble avoir subi un mouvement de bascule de gauche à droite autour d'un axe antéro-postérieur ainsi qu'une torsion de gauche à droite. Un prolongement volumineux du lobe droit plonge dans la fosse iliaque, disposition qui engendre une anomalie dans la direction et les rapports de la vésicule biliaire, des canaux cystique et cholédoque. Cette malformation, absolument indépendante de toute altération de la glande, apparaît nettement comme congénitale. Les deux faits de Longuet et de Kirmisson (loc. cit.) dont on peut lire plus loin la relation (V. Observ. XXXIV et XXXV) rentrent dans la troisième variété. Ici encore, comme pour le foie multilobé, on ne peut, en attendant de nouvelles observations qui permettront peut-être de déduire des caractères généraux, que se contenter d'enregistrer ces malformations vraiment fort curieuses.

(1) Morestin (Bull. Soc. Anat. mars 1896. — Obs. XXVII.)

Nous avons jusqu'à maintenant étudié les anomalies qui atteignent le foie dans sa forme. La grande division dont nous avons successivement indiqué et décrit les types principaux comprend la presque totalité des cas de malformation hépatique. On rencontre toutefois des faits, rares à la vérité, où la glande biliaire ne présentant d'ailleurs aucune altération de ses contours, se trouve seulement déplacée — peu ou beaucoup — dans la grande cavité splanchnique. Ce sont ces cas, dont j'ai été plus haut amené à parler, qui constituent à eux seuls la deuxième division de la classification que j'ai présentée.

II^e GROUPE.

Le foie non modifié dans sa forme, se présente en ectopie.

La division que j'établis ici n'est point simplement théorique, et ne correspond pas uniquement à une vue de l'esprit. Elle est basée sur deux nécropsies pratiquées l'une par Wasiliew (1), la seconde par Gontermann (2) qui ont rencontré : le premier un meso-hepar sur un foie ne présentant aucune anomalie de forme ; l'autre, un foie d'ailleurs normal, reposant sur le pubis, chez un enfant d'un an ayant présenté le syndrome de l'hépatoptose. Ces deux observations prouvent donc, d'une façon péremptoire, la possibilité pour la glande hépatique d'un dépla-

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

cement simple non accompagné de modifications dans la morphologie de son parenchyme. Ce déplacement peut être très étendu comme dans le cas de Gontermann ; mais tous les intermédiaires sont évidemment possibles. Lorsque le viscère n'est pas trop éloigné de sa position normale, on peut l'y réintégrer par des pressions habilement dirigées ; dans le cas contraire, la réduction peut être rendue très difficile, impossible même ; de plus, elle expose à un accident fort sérieux, je veux dire la torsion du pédicule hépatique. Mais heureusement de tels cas sont extrêmement rares.

L'étude des anomalies du foie sur des sujets d'ailleurs normaux est désormais terminée. Afin de ne point compliquer inutilement des descriptions souvent malaisées et une classification qui ne pouvait qu'y gagner en netteté, j'ai séparé les variations du foie de celles des voies biliaires. Je vais maintenant entreprendre de celles-ci la description générale.

II. — ANOMALIES DES VOIES BILIAIRES

I^{er} GROUPE

Anomalies sur le foie anormal

Certaines malformations, atteignant profondément la glande hépatique, doivent à priori être accompagnées de variations notables dans la disposition de ses canaux excréteurs. Il est évident, d'autre part, que dans bien des cas anormaux, les modifications étant éloignées de la région qu'occupent les voies biliaires, celles-ci ne sauraient en subir le contre-coup. Enfin, il faut tenir compte de ce qu'on pour-

rait appeler l'autonomie des grandes voies d'excrétion de la bile, qui, si elles sont influencées, il est vrai, par les grands remaniements du parenchyme hépatique, peuvent aussi être modifiées dans leur sphère spéciale, sans que l'organe qui les supporte ait subi lui-même de bien notables changements ; cette considération trouve sa preuve éclatante dans les cas étudiés plus loin d'anomalies biliaires sur un viscère d'ailleurs parfaitement normal (V. page 50).

L'on doit envisager successivement deux séries de faits : 1^o les voies biliaires sont en place, 2^o elles sont en ectopie.

§ I. — Les voies biliaires ont conservé leur situation normale

La vésicule, son canal, le conduit hépatique, le cholédoque enfin sont autant d'éléments sur lesquels pourront porter les variations ; et celles-ci se présenteront sous les différents aspects suivants : absence partielle, augmentation, changements de forme. De telles dispositions semblent toutefois être rarement réalisées : il est bien plus fréquent en effet, de rencontrer sur des foies anormaux les voies d'excrétion, dans une longueur plus ou moins considérable, touchées elles aussi par l'anomalie. Cependant dans leurs deux observations, Grenet ⁽¹⁾ et Yvon ⁽²⁾ ont constaté que la vésicule était rattachée à la glande par un repli péritonéal, véritable mésocyste.

(1) Bull. Soc. Anat. mai 1895, p. 442. V. obs. V.

(2) Ibid. novembre 1878, p. 497. V. obs. VII.

§ II. — Les voies biliaires sont en ectopie

Je range sous ce chef tous les cas d'ectopie partielle ou générale, faible ou considérable.

Il est évident que, quand la masse hépatique « qui seule est leur soutien », se trouve déplacée, les voies d'excrétion, intimément rattachées au viscère, subissent dans leurs rapports des modifications qui n'ont d'autre limite que celle de l'ectopie de la glande elle-même. Aussi tous les cas de foie mobile seront-ils forcément accompagnés d'une disposition anormale des voies biliaires, disposition éminemment variable, spéciale à chacun d'eux, et dont on ne saurait par conséquent donner une description générale. Mais il n'est pas nécessaire que le foie soit déplacé pour que l'ectopie biliaire se présente : car, si ce dernier état n'est pas le complément obligé des malformations hépatiques, il n'en est pas moins très fréquemment leur satellite. On observe tantôt, dans le foie cordiforme par exemple, (voy. obs. IX) un déplacement latéral de la vésicule qui se trouve reportée à gauche en totalité, d'où modification de l'H de Meckel ; d'autres fois, le réservoir biliaire subit un véritable renversement dans ses rapports : on voit alors se produire une anomalie vraiment exceptionnelle et d'un très haut intérêt, à savoir la présence de l'organe sur la face supérieure du foie. Les faits de ce genre sont tellement rares que je m'arrêterai quelque peu à leur description.

La présence à la face convexe du foie d'une partie plus ou moins considérable de la vésicule me paraît

intimement liée à la division de la glande en lobes secondaires. Le seul cas publié d'ailleurs de cette anomalie ⁽¹⁾, et qui porte sur un foie dont le parenchyme n'a pas été profondément remanié par une lobulation sérieuse, ce cas, dis-je, appartient à mon avis à l'anatomie pathologique et non à l'anatomie descriptive. Je ne crois pas en effet, que l'on puisse classer dans la catégorie que j'étudie et qui ne doit comprendre que des types parfaitement stables, une disposition sinon fugace, du moins essentiellement mobile et manifestement créée par un état pathologique. Nous lisons, en effet, dans cette observation fort intéressante d'ailleurs, que la vésicule contient trois calculs du volume d'une noisette. Or, on sait les modifications profondes qui accompagnent la lithiase cholécystique, affection qui peut même provoquer — je le prouverai plus loin — la formation de diverticules par cloisonnement transversal du réservoir biliaire. De plus — et j'attribue à ce fait un caractère de premier ordre — le péritoine n'applique nullement la vésicule dans la dépression légère qui la reçoit. On peut, saisissant l'organe par son fond « le renverser en dedans et en bas : la fosse apparaît alors parfaitement régulière.... » Or, chez l'homme, la vésicule biliaire est toujours solidement reliée au foie par la séreuse, directement dans l'immense majorité des cas, et exceptionnellement, par un mésocyste. Quant à la présence sur la face antérieure d'une incisure déterminant un commencement de

(1) Griffon, Ectopie de la vésicule biliaire, in Bull. Soc. Anat. novembre 1894. p. 777. Voy. obs. XLIII.

lobulation, d'ailleurs fort restreinte, à laquelle l'auteur paraît attacher une grande importance, j'estime qu'une telle disposition est absolument insuffisante pour expliquer l'anomalie, car pour l'expliquer, il faudrait qu'elle ait pu la créer, ce qui est matériellement impossible. L'observation de Griffon m'apparaît donc simplement comme confirmant un fait déjà connu et souvent constaté, à savoir le renversement sur la face convexe, autour du bord tranchant comme charnière, d'une vésicule dilatée. Ce mécanisme s'applique aisément au cas considéré : lithiase, formation d'un calcul dans la région du col, distension du réservoir, puis, sous une influence que l'on ignore, refoulement par la masse intestinale de cet organe qui, appuyant sur un parenchyme essentiellement malléable, y imprime son empreinte⁽¹⁾.

Les deux cas que je possède et dont on lira plus loin la relation détaillée (V. Obs XXXVI et XXXVII) me paraissent donner de ce que j'appellerai l'ectopie antéro-supérieure de la vésicule une démonstration absolue, d'autant plus que l'un d'entre eux (Obs. XXXVI) constitue une sorte de lien, de trait d'union entre la disposition normale et le déplacement total. Leur caractère nettement congénital n'a même pas besoin d'être démontré. Dans la première observation, le fond seul et une petite partie du

(1) Le mésocyste, qui rappelle la disposition observée chez le lapin, est très rare chez l'homme. Je ne le trouve mentionné qu'une seule fois sur mes 200 observations ; il apparaît alors comme une cloison péritonéale placée de champ, sous forme de triangle à base antérieure et dont le sommet se trouve plus ou moins éloigné du bord tranchant.

corps font saillie sur la face convexe, contre laquelle ils sont appliqués par la séreuse péritonéale ; dans la seconde tout le corps apparaît allongé sur le parenchyme hépatique. Le col seul occupant la place réservée d'ordinaire au fond (l'échancrure cholécystique) n'est pas appuyé sur la face supérieure : il est placé sur le bord antérieur. Une disposition toute spéciale du canal cystique résulte de la situation particulière de la vésicule.

De ces considérations, et de la lecture des deux observations que je présente pour les appuyer, me semblent devoir résulter les conclusions suivantes : 1° Il y a lieu d'admettre une anomalie spéciale de la vésicule biliaire, et accessoirement du conduit cystique : c'est l'ectopie antéro-supérieure. 2° Cette anomalie est intimement liée à celle qui est connue sous le nom de foie multilobé.

Les malformations et ectopies des voies biliaires qui accompagnent celles de la glande hépatique ne sont pas susceptibles d'une description touchant leurs caractères généraux. Il suffit de jeter les yeux sur les observations XXXV (Kirmisson) XXVII (Morestin) et XXXIV (Longuet) pour être convaincu qu'une pareille tentative serait illusoire ; les trois faits ne pouvant non seulement pas être comparés, mais encore n'offrant aucun lien commun.

II° GROUPE

Anomalies des voies biliaires sur le foie d'ailleurs normal

Cette division comprend un nombre assez considérable de malformations des voies biliaires. L'anato-

miste y trouve des faits souvent très curieux, toujours très intéressants; c'est celle dont la connaissance importe le plus au chirurgien, qui est appelé dans quelques cas à les rencontrer sous sa main. Une distinction préalable doit être établie dans la série des anomalies, selon que les canaux excréteurs sont ou non en ectopie.

§ I. — **Les voies biliaires ont conservé leur situation normale**

Chacune des trois catégories : modification par réduction, augmentation et changement de forme est représentée par des exemples très démonstratifs.

1^e *Variété. Modification par réduction.*

La réduction de l'appareil excréteur extra-hépatique consiste évidemment dans l'absence d'un ou de plusieurs de ses segments. L'absence totale des conduits biliaires n'est relatée que par Porak ⁽¹⁾ chez un nouveau-né. Pozzi ⁽²⁾ en a publié un autre cas, mais chez un fœtus présentant une hernie diaphragmatique, et ne l'oublions pas, nous en sommes encore à l'étude des anomalies hépatiques sur des sujets d'ailleurs parfaitement normaux. Nous verrons dans le chapitre suivant quelles modifications profondes certaines malformations viennent apporter dans l'ensemble de l'organe biliaire.

On doit donc tenir comme extrêmement rare l'absence absolue de l'appareil excréteur. Mais il n'en est pas de même pour les réductions partielles, et

(1) Des lésions consécutives à l'oblitération congénitale des voies biliaires, in Bul. soc. An., mai 1879.

(2) Ibid., Février 1872, p. 90. Voy. Obs. XXXII.

l'on peut rencontrer, isolées ou diversement accouplées, les anomalies par défaut portant sur la vésicule, le canal cystique, l'hépatique, le cholédoque. C'est dans cet ordre que nous les étudierons.

VÉSICULE BILIAIRE. — Rex ⁽¹⁾, qui a publié sur la morphologie du foie des mammifères un travail très remarquable (*Beitrag zur morphologie der Säugerleber*) considère la vésicule comme un simple conduit biliaire dilaté à l'extrême; et envisageant les cas d'absence de ce réservoir (cheval, éléphant, chameau, souris, dauphin, etc.) il établit qu'il ne saurait être remplacé par le diverticule de Vater, pas plus d'ailleurs que par une augmentation de calibre des conduits hépatiques. D'où il conclut que le rôle de la vésicule en tant que réservoir de la bile est absolument secondaire et que, organe déchu de l'importance qu'on lui attribue, il paraît plutôt destiné à sécréter du mucus. Il est facile d'inférer de ce qui précède que l'absence de cette sorte de cœcum sera parfaitement compatible avec l'existence. La chirurgie nous démontre chaque jour qu'il est même souvent nécessaire de le supprimer.

Point n'était d'ailleurs besoin de cette preuve sanglante. Il n'est pas très rare d'observer des cas d'absence congénitale de la vésicule. Rambault et Schachmann ⁽²⁾ ont relaté un exemple très intéressant (*Voy. obs. XXI*) qui s'accompagnait d'une absence du canal cystique; ce qui ne doit pas surprendre et confirme l'opinion de Rex : pour cet auteur; en

(1) Loc. cit.

(2) Bull. Soc. Anat. Novembre 1882, p. 499.

effet, la portion non dilatée du conduit biliaire qui forme la vésicule donne le conduit de celle-ci. Voici d'autre part, d'après Paulet ⁽¹⁾, la nomenclature des auteurs qui ont mentionné des cas de cette anomalie : Elliotson (cinq), Follet, Ph. Bérard, Honoré, Nacquart, Montaud, Amussat, Vergnes et Leignel.

CANAL CYSTIQUE. — Abstraction faite des cas analogues à celui de Rambault, les anomalies du conduit cystique sont rares, notamment dans la variété : modification par réduction. Le fait cité plus bas (Lotze) d'absence du canal cystique est jusqu'ici resté isolé. C'est la conclusion à laquelle est arrivé Faure ⁽²⁾ qui, dans son excellent travail, a obtenu la proportion de une anomalie sur quarante-deux moulages (V. obs. XLI). D'autre part, Raynal ⁽³⁾ n'en a observé de même qu'une seule, et cela sur 81 cas, ce qui porte le chiffre statistique à 1 pour 60 environ. Encore convient-il d'ajouter que ces deux faits constituent des états anormaux mixtes qui me serviront de transition naturelle entre les malformations isolées du conduit de la vésicule et celles du canal hépatique.

CANAL HÉPATIQUE. — Je ne connais pas d'exemple d'anomalie par défaut du canal hépatique seul. On doit à Freund, de Stettin, une observation ⁽⁴⁾ d'ab-

(1) Art. Foie, in Dict. Encycl. des Sc. méd. 1868, p. 310.

(2) Quelques points de l'Anatomie du canal cystique, in Bul. Soc. An. juillet 1892. p. 511.

(3) Recherches sur la vésicule biliaire, th. de Toulouse, 1894, n° 48.

(4) Anomalie der Gallenausführungsgänge, in Jahrb. f. Kinderh. 20 octobre 1875.

sence des deux conduits hépatique et cholédoque sur un enfant qui mourut à l'âge de trois mois (V. obs. XLVI) et à Lotze (Berlin. Klin. Vochensch., 1876, p. 438) un cas d'absence combinée du canal hépatique et du canal cystique (V. obs. XLIX).

CANAL CHOLÉDOQUE. — Je ne puis que répéter à propos de ce conduit ce que je viens de dire pour le canal hépatique. Les observations communes de Freund et de Lotze sont les seules que j'ai pu recueillir.

2^e Variété. — Modification par augmentation.

Les exemples sont heureusement plus nombreux dans cette variété qui comprend les cas curieux de duplicité, connus d'ailleurs depuis longtemps.

VÉSICULE BILIAIRE. — Nombre d'auteurs et notamment Paulet (loc. cit.), ont une tendance à faire entrer dans le même cadre les dédoublements incomplets et la vraie duplicité de la vésicule. Il vaut mieux, je crois, les classer et les étudier séparément, les premiers constituant une anomalie de forme et la seconde une anomalie par augmentation. C'est pour cette raison que je ne mentionne ici que ces dernières, plaçant la description des autres cas avec celle de la variété à laquelle ils appartiennent.

La duplicité vraie, complète, de la vésicule biliaire ne paraît avoir été observée jusqu'ici que cinq fois, par Meckel, Gerard Brasius, Frank, Huschke et enfin Ed. Cruveilhier. J'ai puisé dans les *Tabulæ Anatomico-pathologicæ*, la description du cas de

Meckel (1), description accompagnée d'une figure fort exacte; les bulletins de la Société anatomique, que j'ai largement mis à contribution, m'ont fourni dans celui de Cruveilhier (V. obs. XLII) un exemple de grande valeur, car il sert de transition, grâce à la présence d'un col unique, entre les deux variétés de dédoublement de la vésicule. Une fois de plus, le vieil axiome « *natura non facit saltus* » se trouve confirmé. Cette disposition en canons de fusil, considérée comme éminemment anormale chez l'homme, constitue l'état ordinaire chez un mammitère aux allures étranges, l'Oryctérope, hôte disgracieux et inoffensif des immenses plaines de l'Afrique australe.

L'aspect de l'organe ainsi modifié varie peu d'un cas à l'autre. Le fond en est bilobé, le corps présente ou non (Cruveilhier) un sillon longitudinal externe. Les plus grandes différences portent sur la région du col qui, tantôt est double (Meckel, Brasius), tantôt unique (Cruveilhier) donnant ordinairement naissance à deux canaux cystiques (Meckel, Brasius, Cruveilhier).

CANAL CYSTIQUE. — Ce conduit suit fidèlement les destinées de la vésicule dont il dépend entièrement. Aussi, le voyons-nous se dédoubler lorsque l'organe principal présente lui aussi cette anomalie. Les trois observations précédentes servent donc on ne peut mieux à l'étude de la duplicité du canal cystique.

CANAL HÉPATIQUE. — Les observations de conduit

(1) V. observ. LI.

hépatique double sont relativement plus fréquentes. Sappey en rapporte un cas personnel; j'en relève un second dans la thèse de Raynal, un troisième dans le mémoire de Faure. Dans ce cas, le canal cystique vient d'ordinaire déboucher à l'angle de bifurcation du conduit hépatique, de sorte que le cholédoque semble issu de trois racines divergentes. Quelquefois même, on rencontre plusieurs branches dont un certain nombre s'ouvrent dans la vésicule. Ce sont là des exemples très rares, mais authentiques, de canaux hépato-cystiques, disposition normale chez certains mammifères tels que le lièvre, le mouton, le chien, le kangaroo, etc. Marjolin, Morgagni et Amyaud en ont noté chez l'homme des cas incontestables.

CANAL CHOLÉDOQUE. — On peut se représenter, mais non admettre, un cholédoque double dès son origine, tel qu'il résulterait par exemple de la non-réunion des conduits hépatique et cystique. Il s'agirait évidemment là d'une absence du canal collecteur, avec anomalie portant sur ses affluents ordinaires; je ne crois pas d'ailleurs que l'on ait jamais constaté une malformation semblable. Mais il existe des observations rares à la vérité, de bifurcation du cholédoque. Ces cas rentrent dans la catégorie des modifications par changement de forme et de connexions: je les indiquerai dans un instant.

3^{me} Variété. — Modifications par changement de forme et de connexions.

Ce groupe hétérogène admet un nombre assez considérable d'anomalies dont on ne peut attribuer

l'origine à un vice de développement : je fais allusion en ce moment à certains cas d'imperforation dites congénitales des grandes voies biliaires, ainsi qu'aux faits de cloisonnement transversal de la vésicule. D'autre part, il comprend des malformations, à la vérité très rares, qui sont certainement parmi les plus surprenantes. Je ne puis scinder l'étude de ces deux variétés d'origine cependant si différente, l'état actuel de nos connaissances ne nous permettant pas d'en établir les limites.

VÉSICULE BILIAIRE. — Cet organe offre, chez l'homme, une forme assez constante, depuis bien longtemps comparée, on le sait, à celle d'une poire dont la grosse extrémité serait en avant. Quelquefois cependant la portion cervicale présentant un volume assez marqué, le réservoir biliaire prend une forme en boudin. Rare chez l'adulte, une telle disposition m'a semblé très fréquente pour les enfants en bas âge ; et même, dans quelques cas, la disposition effilée de la partie antérieure est assez remarquable. La vésicule peut aussi affecter une forme ovoïde ; comme le précédent, d'ailleurs, cet état ne saurait être appelé anormal. Quant à la forme sphérique qu'ont rencontrée Terrier et Dally, elle est très rare. Pour mon compte, je ne l'ai jamais observée bien que depuis trois ans environ, j'aie examiné plus de cinq cents foies. Telle est aussi la conclusion de Raynal. Cet état ne serait-il pas sous la dépendance d'une inflammation, d'une altération chronique des parois de l'organe ? Il est permis de le suppo-

ser (1), quoiqu'on puisse invoquer, pour expliquer un fait aussi peu fréquent, la forme globuleuse que la vésicule présente chez certains mammifères (ours, taupe, etc.)

Une disposition assez curieuse portant sur le fond est figurée par Meckel dans ses *Tabulæ*. Je traduis la description qu'en donne l'illustre anatomiste : « Au niveau de son fond et sur une étendue d'environ 15 lignes, la vésicule est réduite brusquement à un diamètre d'un demi-pouce, et se trouve fléchie en haut presque à angle droit, cette portion communiquant néanmoins avec le reste de l'organe par un orifice étroit. La partie moyenne du corps est quelque peu (15 lignes) plus large que d'ordinaire. » Et plus loin, il ajoute : « J'ai déjà constaté par deux fois une pareille disposition du fond de la vésicule. » Des anomalies semblables, ou se rapprochant de la description de Meckel, ne sont point une rareté. La littérature anatomique en possède quelques relations. J'en relève notamment un exemple dans la thèse déjà citée de Raynal. Le fond de la vésicule biliaire se transforme ainsi en une sorte de diverticule plus ou moins coudé sur l'axe primitif, et dont la cavité ordinairement réduite, communique avec la poche principale par un orifice plus ou moins étroit ; une sorte de valvule, expression intra-cavitaire de la flexion, fait à l'intérieur une saillie plus ou moins marquée.

(1) Au cours d'une nécropsie (femme très âgée), je fus frappé de la couleur blanche et de la forme globuleuse du réservoir biliaire, dont les dimensions étaient très réduites. Incisant les parois épaissies, je les trouvai intimement appliquées contre un calcul presque parfaitement sphérique de la grosseur d'une petite prune.

Le nombre des diverticules, au lieu d'être simple, peut être multiple : une telle disposition très remarquable est consignée par Dartigues (1) dans un récent article. L'importance de ce dernier fait me paraît très considérable, et vient fournir un appui de premier ordre à la théorie que je vais maintenant présenter sur le cloisonnement transversal du réservoir biliaire.

La duplicité vraie de la vésicule ou encore la division incomplète par une cloison longitudinale sont des faits très rares. Le cloisonnement transversal, qui a pour effet de séparer l'organe en deux parties placées l'une derrière l'autre dans une direction antéro-postérieure se rencontre bien plus fréquemment. Mais les caractères qu'il présente en font une variété tout à fait spéciale, nullement congénitale à mon avis, bien différente par conséquent de celle qui précède. Cette disposition dépend uniquement, je crois, d'un état pathologique, presque toujours la lithiase vésiculaire. L'irritation, l'inflammation chronique de la paroi membraneuse (qui peuvent d'ailleurs apparaître pendant la vie fœtale), provoquent un état spécial de cette paroi, déterminant la production, en quantité plus ou plus appréciable, de tissu rétractile. Ces lésions portant d'ordinaire avec une intensité plus grande sur certains points, c'est à ce niveau que la rétraction sera plus considérable, produisant soit un étranglement annulaire, soit, quand le processus est moins étendu, un tiraillement loca-

(1) Diverticules anormaux de la vésicule biliaire. *Revue médicale*, 20 juin 1896. n° 50, p. 294.

lisé : d'où les coudes que l'on a décrits sur certaines vésicules. Cette altération peut même se produire pendant la vie intra-utérine. L'observation de Thomson (1) le prouve surabondamment. Cet auteur a constaté, en effet, chez un nouveau-né n'ayant pas présenté d'ictère, une vésicule biliaire très petite enveloppée dans une masse de tissu cicatriciel et dont les parois épaissies limitaient une cavité pouvant à peine admettre une épingle. De plus, l'extrémité postérieure et le tiers supérieur en étaient oblitérés. Même occlusion sur une partie du canal cystique dont les deux tiers, ainsi que le canal hépatique dans toute sa longueur, étaient restés perméables.

Peut-on, en présence d'un fait aussi probant, nier l'existence de lésions fœtales des conduits biliaires? Peut-on en contester désormais l'influence prépondérante sur certaines altérations (oblitérations dites congénitales) de ces canaux que nous signalerons plus bas? Dès lors, pourquoi ne pas admettre que des modifications de même nature portant sur la vésicule (qui n'est au demeurant qu'un conduit biliaire dilaté) puissent en altérer la forme ou les dimensions? Pourquoi ne pas accepter que le processus morbide puisse, à un moment donné, s'arrêter dans ses progrès et rendre ainsi possible le développement ultérieur à peu près satisfaisant de l'organe qu'il a une fois atteint? Tout ceci, d'ailleurs, est pour justifier mon hypothèse dans le cas où l'aspect

(1) Edimb. Med. Journal, décembre 1891.

de la poche diverticulaire n'autorise pas à supposer qu'elle s'est produite sous l'influence de calculs ?

En faisant abstraction des cas peu communs où la biloculation de la poche est due à la pression exercée par le bord tranchant du foie, on peut dire que le plus souvent le cloisonnement transversal est fonction de la lithiasé vésiculaire. Hartmann, dans une étude remarquable (1), figure deux cas de vésicule cloisonnée. Or, dans l'un comme dans l'autre, un gros calcul occupait l'une des cavités (la postérieure); le recessus antérieur présentait seul l'aspect finement réticulé de la muqueuse normale; un diaphragme fibreux le séparait de la partie postérieure dont la paroi lisse décelait nettement l'altération profonde. Dans le second exemple, la cavité supérieure contenait « une série de concrétions semblant correspondre à la partie fragmentée d'un calcul ». Les parois de la vésicule étaient épaissies, notamment au niveau du sillon transversal.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet ; je considère comme suffisamment démontré que la lithiasé doit être rendue responsable de la grande majorité des cas de cloisonnement transversal de la vésicule, par le fait de l'irritation chronique qu'engendrent les calculs. Ceux-ci s'accumulent dans une portion du réservoir biliaire, déterminent au niveau de la ligne de démarcation une altération plus ou moins profonde de la paroi ; cette altération, dans certains cas, peut aller jusqu'à produire une sorte de dia-

(1) Bull. Soc. An., 1891, p. 491.

phragme fibreux qui, s'étendant peu à peu, isole une partie de la vésicule de la portion où est enclavé le calcul.

Je n'ai plus maintenant, pour en terminer avec les cloisonnements, qu'à indiquer la fausse duplicité produite par la division longitudinale incomplète que crée dans certains cas un septum membraneux vertical, d'une étendue variable.

CANAL CYSTIQUE. — On sait que normalement les conduits cystique et hépatique, près de leur jonction se juxtaposent de façon telle que le premier s'ouvre à la droite de celui-ci ; dans certains cas, c'est à sa partie supérieure que se fait l'abouchement. J'ai parlé plus haut de cette anomalie du conduit cystique qui réside dans son abouchement avec les deux branches isolées du canal hépatique. Enfin, j'emprunte à Faure (1) un cas (v. obs. XLI) où la forme du conduit de la vésicule était profondément modifiée — peut-être à cause d'une inflammation de voisinage.

Je dois maintenant mentionner une anomalie dont on possède quelques exemples : c'est l'oblitération congénitale du canal cystique. Henning en cite un cas (v. obs. XLVII) observé chez un nouveau-né atteint d'ictère. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres du même genre, la modification me semble due à une cause pathologique ainsi que je l'ai indiqué plus haut. Les oblitérations des gros conduits biliaires peuvent évidemment être le fait d'un arrêt

(1) Loc. cit.

de développement ⁽¹⁾. Mais, ainsi que le dit très bien Paulet ⁽²⁾ à propos de l'oblitération du cholédoque, « si l'on se rappelle que la cavité des conduits biliaires se développe de l'intestin vers le foie, on admettra sans peine qu'une semblable oblitération ne constitue pas une anomalie dans le sens ordinaire du mot, mais qu'elle doit être plutôt rapportée à des circonstances pathologiques survenues pendant la vie intra-utérine ». Il existe donc toute une série de faits justiciables de l'explication précédente; je les mentionnerai à leur place avec les modifications des canaux qu'ils affectent.

CANAL HÉPATIQUE. — L'oblitération de ce conduit est relatée dans une observation de Thomson (nouveau-né, oblitération complète des canaux cholédoque, hépatique et cystique). Je n'ai pu recueillir de fait isolé d'imperforation. Les modifications dans les connexions, résultant de la présence de conduits hépato-cystiques, ainsi que de l'abouchement anormal du canal cystique ont été mentionnés.

CANAL CHOLÉDOQUE. — Les malformations congénitales du collecteur biliaire sont d'ordinaire produites par une véritable maladie du fœtus ou du nouveau-né (Porak) ⁽³⁾. Cependant, il existe des cas où l'anomalie atteint tous les gros canaux à la fois; on doit l'attribuer alors à un vice de développement. Mais ces faits sont de beaucoup les plus rares. Presque toujours on note : l'oblitération soit complète ⁽⁴⁾, soit

(1) Thomson, loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) Bull. Soc. Anat., mai 1879, p. 437.

(4) Henning, Jahrb. f. Kinderheilk, avril 1876, v. obs. XLVII.

partielle (1) du cholédoque isolée ou associée à des altérations portant sur les autres éléments du réseau biliaire. Les lésions peuvent être très peu étendues : témoin le cas de Oxley (2) (Congenital atresia of the duodenal opening of the common bile duct in an infant..., etc.) où l'orifice inférieur du canal était seul oblitéré.

Il ne me reste plus qu'à traiter maintenant des modifications que ces conduits offrent *ex situ* pour terminer le tableau des anomalies des voies biliaires.

§ II. Les voies biliaires se présentent en ectopie

Ce paragraphe sera et doit forcément être très restreint.

Puisque, par définition même, le foie que nous étudions possède tous ses caractères normaux, sauf un seul ; étant donnée d'autre part la rareté des anomalies de l'appareil excréteur lorsque la glande hépatique n'est pas modifiée, il est facile de concevoir combien peu nombreuses seront les observations de ces cas spéciaux. Mais leur rareté extrême est largement compensée par le vif intérêt qui s'attache à leur étude, je n'ose dire par le succès de curiosité qu'elles remportent depuis leur publication.

Ce n'est pas seulement une partie isolée des canaux extra-hépatiques que touche dans ces cas le vice de développement. Tout l'appareil d'excrétion est dans son ensemble remanié plus ou moins pro-

(1) Porak, loc. cit., p. 440. Morgan, v. obs. XLVIII.

(2) The Lancet, décembre 1883, v. obs. XLV.

fondément. Aussi ne saurais-je, comme pour les observations précédentes, jalonner ma description du fil d'Ariadne de la méthode ; je m'efforcerai toutefois de relier les faits qu'une analogie lointaine semble vouloir rapprocher.

Huschke, ouvrant l'œsophage, y trouva un jour l'orifice du cholédoque. Claude Bernard vit, dans un cas, le même canal s'aboucher dans le duodénum par un orifice situé au-dessus de l'ampoule de Vater. Meckel (Tab. An. Path.) donne la figure et l'observation d'une anomalie bien plus remarquable, dont il a été lui-même frappé « reliquis longe memorabilior, » malformation complexe qui porte sur tout l'appareil excréteur extra-hépatique. « Duodeni initio, sur la première portion du duodénum, dit-il, est couché un organe de forme ovoïde, creux, long de vingt lignes et large de neuf en son milieu, qui est la partie la plus développée. Ce corps s'ouvre dans le tube intestinal par un petit orifice arrondi, d'un demi-pouce de diamètre. Les vaisseaux lui sont fournis par ceux de l'intestin ; il ne présente pas de tunique musculaire, et donne naissance à un canal cystique assez flexueux, large de trois lignes et long de quinze. Ce conduit s'unit comme de coutume au canal hépatique, et tous deux réunis constituent le cholédoque, d'une longueur de trois pouces, qui va s'ouvrir sur le côté opposé du duodénum. » Et il ajoute : « Cette malformation rappelle la disposition que présentent certains oiseaux et batraciens, chez lesquels la vésicule biliaire s'ou-

vre dans l'intestin, mais par un orifice bien plus étroit. »

b) Bifurcation. — La bifurcation du cholédoque est analogue à celle du canal hépatique. Il va sans dire que les exemples en sont fort rares : on en connaît une dizaine de cas. Chez un matelot qui, d'ailleurs, n'avait jamais souffert du mal de mer, Vésale constata que l'une des branches de bifurcation s'ouvrait dans l'estomac. Paw a observé également une division du cholédoque, qui se rendait d'une part dans le jéjunum, de l'autre dans l'iléon. Ce même conduit, bifurqué, a été vu s'ouvrant d'un côté dans le duodénum, tandis que son autre branche se rendait à la tête du pancréas.

Les faits que je viens d'énumérer constituent de véritables curiosités scientifiques. C'est sur leur description vraiment intéressante que je terminerai l'étude de la première classe des anomalies du foie.

CHAPTRE III

LES ANOMALIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES SUR LES SUJETS ANORMAUX.

Soumis aux exigences d'une classification méthodique, qui seule pouvait m'imprimer une direction favorable dans le dédale des observations, je me suis astreint à l'unique description des faits dont elle me permettait l'étude ; j'ai volontairement omis, jusqu'ici, d'envisager les cas où des anomalies, même très simples, affectant le sujet soumis à l'examen, il eût été intéressant de noter les variations possibles dans la morphologie de la glande hépatique. Le chapitre auquel je suis arrivé maintenant sera réservé à cette étude.

Je crois inutile de placer en tête de cette division nouvelle un second tableau de classification : à part quelques modifications de détail, celui que j'ai donné peut être également suivi pour la description des faits qui forment la trame de ce chapitre. Et si je suis resté systématiquement fidèle à la méthode que je m'étais imposée, écartant de mes descriptions une foule de faits qu'aurait admis une classification moins intransigeante, je puis dès maintenant en retirer le bénéfice, en montrant par quelque exemples que s'ils ne peuvent trouver place dans le monde

fermé des cas déjà décrits, il est aisé de les grouper tout à côté, car ils sont justiciables de considérations identiques.

Il était en effet évident, à priori, que des anomalies extrêmement légères, surtout lorsqu'elles affectent les membres, ne doivent retentir en rien sur la morphologie du foie, car elles ne sont pas susceptibles d'en troubler le développement. Mais les sciences positives s'accommodent mal des hypothèses, surtout quand elles peuvent vérifier directement le bien fondé de certaines assertions. Aussi, et quoique sachant par avance le résultat auquel aboutiraient mes investigations, ai-je tenu à fournir d'une supposition des mieux fondées la preuve irréfutable.

Procédant du simple au composé, j'ai d'abord réuni un grand nombre de cas d'anomalies diverses relativement légères, toutes compatibles avec une existence plus ou moins longue ; considérant ensuite des malformations graves, j'ai terminé par l'étude des modifications que peuvent imprimer au foie les anomalies très complexes, les monstruosité en un mot. Une série de faits fixent l'attention au milieu de ces recherches. Ce sont les modifications que subit l'organe hépatique comme conséquence des malformations du diaphragme. J'insisterai quelque peu sur ce point intéressant. Je dirai aussi quelques mots sur les cas de transposition viscérale.

I^{er} GROUPE

Anomalies relativement peu graves.

Ainsi qu'il fallait le prévoir, dans tous les cas de ce genre, les modifications du foie ne sont ni plus

ni moins fréquentes que chez les sujets qui présentent la disposition ordinaire. En effet, suivant la loi générale, de même que tous les organes qui se forment et se développent d'une façon précoce, le foie est remarquablement constant, d'abord dans son existence même (car il ne manque que chez les êtres monstrueux les moins différenciés), et en second lieu dans ses dispositions les plus caractéristiques, notamment dans son unité : jamais on n'a rencontré de duplicité de la glande hépatique, sauf dans les monstres doubles. Et, même chez des sujets dont les malformations sont considérables, chez des monstres privés d'organes quelquefois très complexes, le foie se montre toujours, restant stable au lieu des bouleversements embryogéniques. Dans ces conditions, de quelle force pourrait peser, sur la production d'anomalies d'un viscère aussi remarquablement fixe, la présence chez un individu d'un bec de lièvre ou d'un pied bot ?

Aussi ne m'étendrai-je pas sur ce sujet en considérations superflues. Qu'il me suffise seulement de dire que je n'ai jamais trouvé mentionnée, dans les observations dont je donne ci-dessous la nomenclature, la moindre anomalie du foie : malformations de l'appareil urinaire, 34 cas ; du cœur, 19 ; des voies génitales de la femme, 11 ; de l'intestin, 18 ; spina bifida, 6. Je pourrais multiplier les exemples ; la démonstration que je poursuivais n'en serait pas plus complète.

Il est donc bien établi que l'état anormal de certains organes ou de certaines parties du

corps ne s'accompagne pas forcément de malformations du côté du foie. Le problème inverse se pose maintenant, et il y a lieu de se demander si l'anomalie de ce viscère ne peut pas entraîner des modifications congénitales dans la forme ou la position de quelques organes. La lecture du chapitre II est la réponse à cette question. Malgré l'importance que certains auteurs ont attribuée au foie, lui prêtant un rôle prépondérant dans l'agencement des viscères abdominaux et thoraciques, les observations des anomalies étudiées dans le chapitre IV nous montrent la parfaite intégrité des autres parties du corps. Et notamment l'homologie qui paraît exister entre ces deux formes, foie multilobé et rein lobulé, ne se poursuit nullement sur le même individu : il n'y a entre elles aucun lien nécessaire : je n'ai pas, pour ma part, constaté d'anomalie du rein dans les deux cas de foie multilobé que j'ai observés. De même inversement dans certains faits de rein lobulé que j'ai rencontrés je n'ai jamais vu qu'il y eût parallèlement une malformation hépatique.

Avant de passer à l'étude des anomalies du foie chez les sujets atteints de malformations graves incompatibles souvent avec une existence quelque peu prolongée, je dois considérer une disposition organique très curieuse, qui si elle n'apporte, dans l'immense majorité des faits, aucun obstacle à la vie, s'accompagne quelquefois des modifications tellement profondes dans la situation respective des organes, qu'elle est naturellement désignée pour me servir de transition : je veux parler de la transposition ou inver-

sion viscérale, que j'envisagerai d'ailleurs uniquement dans ses rapports avec les anomalies du foie.

TRANSPOSITION VISCÉRALE. — On sait ce qu'il faut entendre par le mot : inversion viscérale. Cet état très curieux et fort rare n'est cependant point exceptionnel, car on en connaît un peu plus de cent cas. La transposition est tantôt partielle, tantôt complète. Dans ce dernier cas les rapports que les viscères affectent entre eux restent les mêmes ; il n'y a d'invertie que la position absolue.

D'autres fois, au contraire, quelques viscères sont seuls déplacés, les organes voisins ayant conservé leur situation générale, que modifie plus ou moins la disposition nouvelle. Ces transpositions partielles peuvent porter isolément sur les cavités thoracique ou abdominale ; elles peuvent encore s'associer de diverses manières.

Dans les trois cas que j'ai recueillis d'inversion partielle il s'agissait une fois de l'estomac ⁽¹⁾, une fois des organes pelviens ⁽²⁾, et une autre fois du cœur ⁽³⁾ (dextrocardie). J'ai observé moi-même, étant interne de M. le professeur Laget, un individu qui était entré dans le service pour des palpitations, et dont le cœur était situé à droite, légèrement relevé, la pointe battant au niveau et en dedans du mamelon droit. Chez ce sujet la percussion et la palpation démontraient l'existence du foie à droite. De même,

(1) Debouie. *Bul. Soc. An.*, mars 1859. V. obs. XLIV.

(2) Herberg, *Dissert. inaug.* Berlin, 1882.

(3) Grüss et Bamberger, Berlin. *Klin. Wochenschr.*, février 1888.

dans les trois faits cités plus haut, ce viscère occupait sa position normale.

Ce n'est pas à dire que dans tous les cas le foie conserve sa situation ; il peut évidemment être reporté dans l'hypochondre gauche. Cette disposition ne saurait d'ailleurs créer de sérieuses difficultés soit pour le diagnostic, soit pour les interventions, l'organe considéré étant, par son volume, facilement accessible à nos moyens d'exploration. Il suffit seulement de songer à la possibilité d'une telle anomalie.

II^e GROUPE

Anomalies graves. — Monstruosités.

Il est malaisé de classer rigoureusement une à une les anomalies, sous le rapport de leur gravité : une distinction moins étroite est seule possible. Les facteurs sont d'ailleurs multiples qui concourent à donner à une anomalie, au point de vue de l'existence du sujet qui en est affecté, une importance plus ou moins grande. Ne voit-on pas chaque jour l'intervention chirurgicale modifier du tout au tout le pronostic de l'imperforation du rectum, par exemple ? et ce même vice de conformation entraîner quelquefois la mort à brève échéance, alors qu'une large communication interventriculaire permet, dans certains cas, une survie d'un mois (1). Aussi ne saurait-on déterminer le point précis où commence l'anomalie grave. D'ailleurs, pour le sujet que je traite, la connaissance exacte de ces limites indécises est assez peu utile, le foie n'étant

(1) W. Northrup, N.-York medic. Record, mars 1888.

alors nullement modifié. Il faut, en effet, que de profonds et surtout de précoces changements se produisent dans l'organisme embryonnaire pour que la glande hépatique, subissant l'influence de causes encore inconnues, se trouve modifiée. L'exemple le plus démonstratif de ce fait réside dans l'ectopie thoracique du foie consécutive aux malformations du diaphragme.

ECTOPIE THORACIQUE DU FOIE. — On sait que, à un stade reculé du développement, les bourgeons hépatiques du tube intestinal pénètrent dans le mésenchyme de la partie caudale du septum transverse, et que c'est en ce point que se montre la première ébauche du foie. D'autre part, les récentes et remarquables recherches d'Albert Brachet ⁽¹⁾ ont démontré que la partie dorsale du diaphragme se développe isolément, la portion centrale provenant de la membrane pleuro-péricardique, les portions latérales ayant une autre origine, qui diffère à droite et à gauche. Ces considérations embryologiques éclairent d'une lumière très vive la malformation que j'étudie, en montrant que c'est d'ordinaire un défaut de développement de la partie latérale droite du diaphragme dorsal qui permet l'envahissement de la cavité pleurale par les bourgeons hépatiques, processus qui aura pour effet l'absence de cloisonnement du coelome, et la persistance, pendant toute la vie du sujet, de la cavité pleuro-péritonéale. En effet, les observations nous montrent qu'il existe d'or-

(1) Sur le développement du diaphragme et du foie chez le lapin, in *Journal de l'An. et de la physiologie*, 1895.

dinaire à la partie antérieure un reste du diaphragme : la perforation siège presque toujours en arrière. Les cas sont beaucoup plus rares où la cloison droite toute entière a disparu ; mais ils ne sont pas exceptionnels, et se rapportent évidemment au défaut de développement de la portion correspondante du diaphragme ventral. Enfin le foie n'est pas toujours seul à s'insinuer par cette porte ouverte dans la cavité thoracique : une partie plus ou moins considérable du tube digestif le suit quelquefois dans son exode. De telles modifications ne vont pas sans influencer considérablement le développement de l'arbre aérien. Dans des cas exceptionnels (V. obs. XXXIX), dont j'ai eu la bonne fortune de posséder un exemple, le trouble apporté dans la formation du poumon peut être assez prononcé pour causer la séparation d'une partie du bourgeon aérien, qui va former ainsi un lobe pulmonaire accessoire. Ce lobe peut se maintenir dans la cavité thoracique ; mais il peut aussi passer dans l'abdomen, et cet échange de viscères n'est pas des moins curieux.

J'ai envisagé jusqu'ici l'ectopie thoracique de la portion droite du foie ; mais le lobe gauche peut lui aussi se trouver transporté dans la cavité pleurale ; le fait est assez commun, car les hernies diaphragmatiques congénitales sont plus fréquentes à gauche. Mais, dans ce cas, le rôle du foie devient secondaire ; c'est le tube intestinal qui occupe ici la place prépondérante et détermine les malformations thoraciques.

On trouvera relatés au chapitre des observations des faits nombreux de hernie diaphragmatique con-

génitale avec ectopie du foie. Je n'entreprendrai pas ici leur description. Il me suffira d'appeler l'attention sur la direction et les rapports nouveaux qu'affectent les voies biliaires, la vésicule se trouvant contenue notamment soit toute entière, soit en partie, dans la cavité thoracique, en rapport avec la partie latérale ou postérieure du gril costal.

Il n'est pas rigoureusement nécessaire, pour que le foie pénètre dans le thorax, que le diaphragme soit perforé. Il suffit — mais le cas est extrêmement rare — que le muscle soit refoulé dans la cavité pleurale par les viscères abdominaux, qui s'en coiffent en quelque sorte. Meckel figure dans ses *Tabulae* une semblable disposition : avaient pénétré dans la partie gauche de la poitrine non pas le foie, mais l'estomac, une portion de l'intestin grêle et la rate, qui se trouvaient recouverts par le diaphragme « *haud irrupto, valdopere distento et sursum pulso* ».

Je terminerai l'étude déjà longue des anomalies du foie par quelques considérations sur l'état de cet organe chez les monstres. Pour la rédaction de cette partie de mon travail j'ai puisé largement dans l'ouvrage si universellement connu d'Isidore Geoffroy St-Hilaire ; toutes les observations que j'ai lues relatant la description anatomique de monstruosité diverses n'ont fait que confirmer les vues de l'illustre anatomiste. Je renvoie à son « *Histoire des anomalies de l'organisation* » pour la connaissance détaillée des faits que je vais rapidement résumer.

MONSTRES UNITAIRES. — Les sujets de la 1^{re} tribu (Ectroméliens et Syméliens) n'offrent rien de parti-

culier. Au contraire, ceux de la II^e tribu (Célosomiens) présentent une éventration qui livre passage, dans la plupart des cas, au foie. Cependant chez les Aspalosomes cet organe est seulement abaissé. La tribu III^e renferme les anomalies de la tête. On conçoit donc que la glande hépatique soit indemne de malformations; toutefois les Hypérencéphales étant souvent célosomes, la proposition précédente n'est pas applicable à ce cas particulier. Les Cyclocéphaliens (IV^e tribu) assez souvent, se compliquent d'une malformation surajoutée, et notamment du déplacement thoracique de certains viscères abdominaux ou encore de l'inversion splanchnique. Je n'insiste pas sur les modifications apportées à la forme et à la situation du foie dans ces circonstances.

C'est dans l'ordre des Omphalosites qu'on rencontre les malformations les plus graves de la glande hépatique. Elles sont très marquées dans le 1^{er} genre (Péracéphaliens) où l'on note presque toujours l'absence du foie; quand il existe, il est réduit à des « rudiments presque méconnaissables ». Il en est de même des Acéphaliens (2^e genre). Lorsque le viscère est représenté, il est constamment dépourvu de vésicule biliaire. Quant aux monstres Anidiens et aux Parasites, plus imparfaits encore, ce sont des masses plus ou moins informes, qui ne sauraient nous intéresser.

MONSTRES DOUBLES AUTOSITAIRES. — Eusomphaliens.
— Les Pygopages, les Métopages et les Céphalopages, qui constituent les trois genres de cette tribu

n'offrent, en ce qui nous concerne, rien de particulier. Les deux foies sont absolument normaux.

Monomphaliens. — L'union se fait, dans cette tribu, d'une manière plus intime. Les Ischiopages (1^{er} genre) unis par l'extrémité inférieure de l'abdomen, possèdent un foie unique. Les Xiphopages, ainsi d'ailleurs que les Sternopages (2^e et 3^e genre) présentent une seule masse hépatique, manifestement produite par l'accolement des deux viscères normaux au moyen d'un pont de parenchyme glandulaire. Il existe deux vésicules biliaires. Dans un cas (1) les deux foies étaient situés non point à côté mais l'un derrière l'autre. Dans les cas ordinaires, il y a inversion de l'un des deux organes. Les Ectopages (4^e genre) réunis par toute la portion latérale du thorax, ont un foie unique.

Dans les Hémipages (5^e genre) les deux foies sont distincts. Chez les Sycéphaliens, les deux viscères se rencontrent très rarement unis (un cas de Meckel). Le genre des Monocéphaliens se caractérise par un foie unique. La tribu des Sysomiens comprend des monstres possédant une seule glande, mais manifestement double, avec ses deux vésicules. Quant aux Monosomiens, le foie chez eux est unique.

MONSTRES DOUBLES PARASITAIRES. — Le parasite est dépourvu de viscères digestifs, à l'exception d'une petite portion de l'intestin. Quant au sujet principal, il est curieux de constater que dans deux cas, l'un

(1) Blümlein, Vierteljahrs. für Gericht. Med. 1874.

de Mayer ⁽¹⁾, l'autre de Winslow ⁽²⁾, le foie du sujet portant le parasite présentait deux vésicules biliaires.

Je ne parlerai pas des monstres triples. Nos connaissances sur cette variété sont tellement imparfaites qu'il est impossible d'en donner une description.

Ainsi se trouve terminée la partie de ce travail consacrée à l'étude anatomique des anomalies du foie et des voies biliaires. Je place ici les observations sur lesquelles je me suis appuyé, et dont la connaissance me semble nécessaire pour pouvoir tirer des déductions applicables à la pathologie de ces organes.

(1) Archiv. gén. de Méd, t. XVII.

(2) Mémoires de l'Acad. des Sciences pour 1733.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

Empreintes diaphragmatiques du foie
(Caryophyllis, Bull. Soc. An., mars 1889, p. 203).

Homme de 74 ans. Le foie présente sur la surface antéro-supérieure quatre sillons assez profonds et longs de 10 à 12 centimètres. Ils se dirigent de haut en bas et de dehors en dedans; ils proviennent de l'impression des faisceaux diaphragmatiques. Le sommet des deux poumons présente un bel exemple de tuberculose chronique.

OBSERVATION II (Résumée).

Sillons diaphragmatiques du foie consécutifs à une ancienne pleurésie (Michaut. Bul. Soc. An., janvier 1883, p. 10).

Homme de 68 ans. Emphysème pulmonaire. Traces d'une ancienne pleurésie droite ayant amené la soudure de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale dans presque toute l'étendue de la base du poumon droit... Le foie offre un aspect tout particulier. La face convexe du lobe droit est creusée de cinq sillons très marqués mais d'inégale profondeur. De direction perpendiculaire au grand axe de l'organe et parallèles entre eux, ces sillons vont en augmentant graduellement de longueur et de profondeur à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité gauche du foie. Le sillon situé à l'extrémité

droite est superficiel et peu marqué ; les deux suivants sont plus profonds (4 à 6 millimètres) ; les deux derniers sillons de gauche sont relativement très profonds. La dépression constituée par le sillon placé à l'extrême-gauche forme une véritable rigole mesurant dans son milieu 25 millimètres de profondeur sur 18 de largeur... Les extrémités inférieures de ces cinq sillons sont placées sur une ligne oblique en bas et à gauche. Ils ne correspondent à aucune altération profonde de l'organe ; la capsule de Glisson n'est nullement épaissie à ce niveau ; à la coupe, on ne trouve aucune modification du tissu sous-jacent.

OBSERVATION III (Résumée).

Foie humain incisé et lobulé (Alezaïs et Arnaud.

Marseille médical. novembre 1887, p. 745.)

Femme de 28 ans. Le foie n'était pas sensiblement hypertrophié (1900 grammes), mais présentait à sa face inférieure diverses incisures anormales et deux lobules pédiculisés. Ces incisures siègent sur le lobe droit. Une première incisure portait sur le bord libre à 8 millimètres de la vésicule se dirigeant en arrière et en dedans sur une longueur de 4 millimètres. Un peu en arrière et en dedans, une seconde incisure de 6 millimètres de longueur, plus profonde et suivant la même direction pénétrait obliquement dans le parenchyme, produisant une lèvre externe saillante et arrondie.

Le lobe caudé était très développé et contournait la veine cave en arrière. A la face inférieure du lobe de Spiegel était appendu, par un pédicule aminci, un petit lobule plus gros qu'une olive. On retrouvait un second lobule aussi indépendant et pédiculisé en dehors de la facette par laquelle le foie se moule sur la capsule surrénale

OBSERVATION IV (Résumée).

Lobe marginal prérénal du foie

Mauclaire. Bul. Soc. An., décembre 1894, p. 960.)

Sujet âgé. En examinant le foie, nous trouvons l'angle du colon ascendant et du colon transverse déprimant le bord antérieur du foie, en empiétant plutôt sur la face convexe. Par suite de cette dépression, l'extrémité droite du foie forme un lobe assez volumineux descendant verticalement et venant se placer au devant du rein droit au point de simuler celui-ci à première vue.

OBSERVATION V (Résumée).

Foie multilobulé (Grenet. Bul. Soc. An., mai 1895, p. 442).

Femme. Ce foie est remarquable par les nombreux sillons qu'il présente à sa surface et par le petit volume de son lobe droit. Le lobe gauche normalement développé est divisé sur la face supérieure et sur la face inférieure par des sillons profonds de 1 centimètre environ qui lui donnent un aspect mamelonné. Mais c'est surtout le lobe droit qui présente l'anomalie la plus remarquable. Ce lobe est au moins trois fois plus petit qu'à l'état normal, et il est presque complètement divisé en deux parties par une scissure transversale : chacun de ces lobules ainsi délimité présente à sa surface trois ou quatre sillons moins profonds qui le divisent en lobules secondaires. La vésicule biliaire est reliée à un de ces lobules par un mésocyste.

OBSERVATION VI (Résumée).

Foie lobulé (Potherat. Bull. Soc. An., mai 1889, p. 572.)

Très vieille femme. Ce foie présente un lobe droit normalement conformé et d'un volume sensiblement normal aussi. A une certaine distance de ce lobe droit, on trouve en

dedans un lobe bien plus étendu, très allongé dans le sens vertical, plus large en bas qu'en haut. Sur le bord qui regarde le côté droit, se fixe le ligament triangulaire et la veine ombilicale pénètre profondément sous l'isthme qui réunit ces deux lobes. Cet isthme est formé surtout de péritoine dans lequel on trouve en partie libres, en partie inclus, trois petits lobes : deux en haut, du volume d'une noix; un, inférieur, un peu plus gros, occupant la place du lobe carré, mais n'en ayant pas la forme. La vésicule du fiel occupe le côté droit de ce petit lobe entre lui et le lobe droit. Enfin, tout à fait à gauche, il existe un troisième gros lobe réniforme mesurant 10 centimètres de grand axe et 5 centimètres en hauteur. Ce lobe est pédiculé, le pédicule étant formé de péritoine contenant voies biliaires et vaisseaux sanguins. Ce foie ne paraît pas avoir subi de dégénérescence.

OBSERVATION VII (Résumée)

Déformation du foie (Yvon, *Bul. Soc. An.*,
novembre 1878, p. 497.)

Femme morte de tuberculose pulmonaire. A l'extrémité gauche du lobe droit flottent des appendices formés de substance hépatique. Le sillon transverse ne se prolonge pas jusqu'au sillon longitudinal; ce dernier n'existe que dans la moitié antérieure, qui reçoit comme d'habitude la veine ombilicale. La moitié postérieure du sillon et le canal veineux semblent aussi disparus. Le lobe gauche est divisé en lobes secondaires au nombre de deux et rattaché à la face inférieure du lobe droit, ainsi que le lobe de la vésicule biliaire et le lobe carré, par une connexion ligamenteuse lâche qui semble formée surtout par la séreuse hépatique épaissie à ce niveau. Ces lobes secondaires sont libres, flottants et de volume différent. Le plus considé-

able offre une configuration spéciale. De ce lobe naissent trois veines qui se rassemblent pour former un tronc d'un calibre assez considérable lequel se dirige obliquement à droite et en arrière vers la veine cave inférieure. L'autre, plus petit, offre un volume double de celui d'une grosse châtaigne ; situé au devant du précédent, il donne naissance à un tronc veineux, de calibre à peu près égal à celui que nous venons de signaler et dans lequel il va se jeter en passant au-dessous et en avant de la veine ombilicale. Le lobe carré est déformé, diminué de volume et forme des mamelons dont part un tronc veineux. Le lobe de Spiegel atrophié est réduit à deux masses ovoïdes de configuration semblable à celle de ganglions lymphatiques. Enfin, à droite de la vésicule biliaire et rattaché comme elle au lobe droit par un repli du péritoine, se rencontre un petit mamelon de parenchyme hépatique qui correspond au prolongement antérieur du lobe de Spiegel.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Anomalie du foie (Foie cordiforme). (Sollier, *Bul. Soc.*

Anat., février 1888, p. 212).

Homme de 67 ans. Le foie est remarquablement petit, de forme triangulaire, cordiforme. Le bord antérieur est arrondi et presque aussi épais que le bord postérieur. Le lobe droit est normalement développé, mais le lobe gauche fait pour ainsi dire défaut, car il n'existe guère à gauche de la vésicule qu'une bande de foie de 2 à 3 centimètres seulement de largeur. Le lobe de Spiegel est réduit à une mince languette de substance hépatique et quant au lobe carré, il est impossible de le distinguer. La face inférieure du foie est complètement plane. A la coupe, il offre l'aspect du foie cardiaque à un degré peu avancé.

OBSERVATION IX

Foie Cordiforme (Personnelle).

Maria X... 53 ans, née à la Réunion. Foie assez gros, triangulaire, presque uniquement formé par le lobe droit dont les dimensions sont les suivantes : D. antéro-postérieur = 23 centimètres ; D. transversal = 18 centimètres, D. vertical = 7 centimètres. Le lobe gauche triangulaire, très réduit, offre les dimensions suivantes : D. antéro-postérieur = 10 centimètres ; D. transversal = 6 centimètres, D. vertical = 4 centimètres. Poids = 1340 grammes. La longueur de la vésicule est de 8 centimètres. Son fond n'apparaît pas sur le bord antérieur, qui d'ailleurs ne présente pas d'échancrure et est assez épais. La face inférieure de l'organe nous montre une continuité absolue entre le parenchyme hépatique des lobes droit et gauche. La vésicule est sur le prolongement du lobe de Spiegel, qui présente un bord antérieur rectiligne au lieu de l'échancrure arrondie. Le lobe carré a presque entièrement disparu et n'est plus constitué que par une portion fort restreinte de tissu hépatique de forme triangulaire, le sommet étant formé par le point de jonction de la vésicule avec l'implantation sur la veine porte du ligament rond.

OBSERVATION X (Personnelle)

Atrophie partielle du lobe droit.

M. Thérèse, 63 ans. Pneumonie gauche. Le foie dans son ensemble est allongé transversalement. Le lobe gauche très développé et de forme irrégulièrement quadrilatère présente les dimensions suivantes : D. transversal = 13 centimètres ; D. antéro-postérieur = 11 centimètres ; D. vertical = 3 centimètres et demi. L'insertion du ligament suspenseur se fait à peu près au milieu de la face supérieure,

de l'organe. La forme du lobe droit est très irrégulière et provoquée par la présence d'une vaste échancrure prenant naissance au niveau du tiers inférieur du bord droit et entamant le parenchyme sur une profondeur de 48 millimètres. Ce golfe détermine au-dessus de lui la production d'une sorte de lobe à large pédicule, limité à droite par le bord droit, à gauche par le fond de la vésicule biliaire, et dont les dimensions sont les suivantes : D. transversal = 70 millimètres ; antéro-postérieur = 57 millimètres.

Les dimensions du lobe droit sont les suivantes : D. antéro-postérieur, (y compris le lobe pédiculisé) = 17 centimètres ; D. transversal = 16 centimètres ; D. vertical = 5 centimètres. L'organe était donc deux fois plus étendu dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur, soit : comme 4 est à 2, les conditions normales étant : comme 3 est à 2. A la face inférieure, l'échancrure se continue assez profondément par une scissure de sorte que le lobe est encore plus parfaitement limité qu'à la face supérieure, son pédicule étant relativement étroit puisque le pont de substance hépatique qui le relie au lobe droit n'a guère que deux centimètres. La présence de ce lobe entraîne une légère modification dans la fossette cystique, dont le bord droit au lieu d'être rectiligne est légèrement échancré vers son tiers antérieur. Le lobe de Spiegel est normal. Le lobe carré quoique nettement indiqué à sa partie antérieure est uni au lobe gauche par un très fort pont de substance hépatique.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Atrophie du lobe de Spiegel.

P. Thérèse, 54 ans, tuberculose pulmonaire. Foie assez gros (Poids 1340 grammes) et présentant sur la face convexe du lobe droit deux sillons d'un demi-centimètre de profon-

deur, éloignés du bord droit de 9 centimètres pour le premier, de 12 centimètres pour le second qui est parallèle au précédent et n'a que 2 millimètres de profondeur. Le sillon de droite mesure 5 centimètres de longueur, celui de gauche 3 centimètres. Ils sont d'ailleurs tous deux parallèles au diamètre antéro-postérieur. A la face inférieure, d'ailleurs normale, le lobe de Spiegel est réduit à une petite languette allongée dans le sens antéro-postérieur (5 centimètres), de 1 centimètre de largeur, légèrement échancrée sur son bord gauche et s'effilant du côté du bord postérieur du foie, auquel elle est réunie par un tractus péritonéal de 4 centimètres de longueur. La partie antérieure ne présente pas la saillie ordinaire qui s'avance sur le sillon transversal, mais elle se continue pour ainsi dire toute entière avec le prolongement extérieur du colliculus caudatus qui est très marqué. La veine cave inférieure n'est recouverte en aucun point de son trajet par du parenchyme glandulaire ; seule une lame péritonéale s'étend au-dessus d'elle, l'unissant au lobe droit les vestiges du lobe de Spiegel.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Atrophie du lobe de Spiegel.

G. Laurent, 70 ans. Asystolie. Le foie, assez petit, pèse 1200 grammes. Face supérieure normale, face inférieure présentant : 1° Sur le lobe gauche, deux sillons assez profonds, parallèles, transversalement dirigés sur une étendue de 5 centimètres ; 2° sur le lobe carré, un sillon assez profond en croissant dont la direction générale est antéro-postérieure et qui détermine un commencement de lobulation ; 3° enfin une réduction considérable de l'éminence porte postérieure qui présente une forme discoïde. Disparition de la saillie qui surplombe ordinairement le sillon transversal, d'où élargissement considérable de ce dernier. Colliculus caudatus bien marqué, mais

assez mince à son origine. Veine cave inférieure absolument libre, recouverte seulement par le péritoine.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Hypertrophie du lobe gauche

Femme de 42 ans. Le foie, petit (il pèse 1,050 grammes) présente une forme très-irrégulière produite principalement par une disposition spéciale du lobe gauche. Celui-ci est très étendu transversalement. Jusqu'à 4 centimètres du ligament suspenseur son diamètre antéro-postérieur est égal à 10 centimètres ; à partir de ce point, le bord tranchant de l'organe remonte très rapidement dans une direction presque parallèle au ligament. Enfin, à une distance d'environ 8 centimètres de ce dernier, il se coude brusquement à angle droit, offre une direction parallèle au bord supérieur et à partir de ce point jusqu'à son extrémité, le lobe gauche prend une forme quadrilatère. Le diamètre antéro-postérieur n'est plus que de 5 centimètres.

OBSERVATION XIV (Résumée)

Anomalie du foie. Lobe accessoire appendu à l'extrémité gauche. (Meckel. *Tabulæ Anatomico-Pathologicæ*. Lipsice et Londini 1817).

Femme d'environ 40 ans. Un lobule accessoire, relié seulement à la masse du viscère par une connexion péritonéale membraneuse contenant des vaisseaux. Ce lobe est situé à l'extrémité gauche du foie. Le pont membraneux qui le relie à la glande ne contient aucune trace de tissu hépatique. Il est long de 17 lignes, large de 10. La portion du foie voisine de ce lobule est réduite de volume.

OBSERVATION XV (Résumée) (Ibid.)

Hypertrophie du lobe gauche. Sillons diaphragmatiques

Le lobe gauche, dès son origine, est rétréci d'environ deux pouces dans son diamètre antéro-postérieur. Au contraire, son diamètre transversal excède de beaucoup les limites ordinaires, soit d'environ 4 pouces et demi. De plus, sur la face supérieure de ce lobe des sillons assez profonds, au nombre de six, dirigés d'arrière en avant, déterminent la formation de six éminences allongées ; de même sur la face supérieure du lobe droit où on en rencontre trois.

OBSERVATION XVI (Résumée)

Lobe accessoire du lobe droit (Ibid.)

Femme âgée. Sur la face supérieure du lobe droit, une éminence arrondie haute de un pouce et demi, épaisse de quinze lignes et d'une largeur égale, fait une saillie remarquable. De même que celui de la glande qui la supporte, son aspect est-absolument normal.

OBSERVATION XVII (Résumée)

Anomalie du foie. Lobe accessoire (Ibid.)

Homme adulte. Lobe accessoire implanté sur la face supérieure du lobe droit et se dirigeant vers le bord postérieur du foie.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Hypertrophie du lobe droit (Ibid.)

Le lobe droit présente une notable augmentation de volume qui porte sur sa partie toute postérieure très hypertrophiée sans qu'aucun sillon vienne en séparer la substance de la partie principale de la glande. De plus, le pont de tissu glan-

dulaire qui couvre de ligament rond est bien plus large que de coutume et porte une perforation en son milieu. Au centre du lobule de Spiegel se voit un petit lobule appendu à cette éminence par un pédicule fort grêle.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Anomalie du foie. Lobe pédiculisé. Laparotomie. Fixation.
(E. Tscherning. Centr. f. chir. 1888, n° 23)

Femme de 36 ans, présentant une tumeur abdominale mobile dont la matité se continue avec celle du foie. Douleurs violentes. Le péritoine ouvert, on tombe sur un lobe hépatique attenant au lobe droit. Ce lobe accessoire est suturé à la paroi latérale de l'abdomen. Résultat favorable.

OBSERVATION XX (Résumée)

Anomalie du foie. Lobe pédiculé. Fixation. (Langenbuch.
Berl. Klin. Woch, janvier 91, n° 3, p. 68)

Femme de 50 ans. La moitié droite de l'abdomen est occupée par une tumeur dure, lisse, très mobile, en connexion avec le foie. Laparotomie qui conduit sur un lobe hépatique pédiculé. En effet, le lobe droit du foie descend jusque dans la fosse iliaque. Dans la région située entre le rebord costal et l'ombilic, il était partagé en deux parties par un mince pont transversal de tissu conjonctif. Résultat favorable.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Absence congénitale de la vésicule biliaire. (Rambaud et Schachmann. Bull. Soc. Anat., novembre 1882, p. 499)

Paralytique général, n'ayant eu depuis un an environ, aucune particularité du côté des voies biliaires. Foie relativement petit. Absence de vésicule biliaire. La fossette cystique était remplacée par un sillon étroit et peu profond.

Le canal cholédoque ouvert dans toute sa longueur ne présente pas la moindre trace d'abouchement dans le canal cystique. Le canal hépatique et ses branches ouverts jusqu'à travers le parenchyme hépatique, n'ont rien présenté d'anormal. Malgré des coupes pratiquées dans toute l'étendue de l'organe, on n'a pu trouver de vestige d'une vésicule biliaire rudimentaire, ni d'une de ces vésicules centrales qu'on a signalées.

OBSERVATION XXII (Résumée)

Absence de la moitié droite du diaphragme. Anomalie du foie. Ectopie du tube intestinal. (Bouchaud, *Bul. Soc. Anat.*, juillet 1863, p. 344)

Enfant né avant terme. Le diaphragme manquait dans près de la moitié de son étendue; la cavité abdominale communiquait avec la partie droite de la cavité thoracique par un large orifice, circonscrit en arrière et en dedans par les reins, le carré des lombes et le transverse, sur lesquels le péritoine passait en se continuant directement avec la plèvre; en avant et en dedans par un bord concave appartenant au diaphragme, et qui se prolongeait en arrière par des fibres musculaires jusque sur la colonne vertébrale, et en avant jusque sur le rebord cartilagineux des côtes. Le foie modifié dans sa direction se trouvait à la fois dans le ventre et dans la poitrine. Sur sa face supérieure on voyait un sillon profond produit par la pression du bord libre du diaphragme. Le colon ascendant, le colon transverse, et la plus grande partie de l'intestin grêle étaient aussi contenus dans la cavité thoracique et le poumon droit notablement comprimé se présentait à l'état rudimentaire.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Hernie diaphragmatique congénitale droite chez un monstre Hémimèle. (Houël, Bul. Soc. Anat., janvier 1854, p. 13)

Toute la portion droite du diaphragme manque ; l'autre moitié existe, avec le cœur placé au-dessus dans sa position normale, mais au-dessous nous trouvons le foie qui est à gauche. Or, ici, ce n'est pas une inversion des viscères, car la vésicule biliaire est située à droite, dans sa position normale, correspondant à l'arc du colon ; il semble que le foie ait été transposé de droite à gauche par l'espèce de refoulement qui coïnciderait avec l'absence du diaphragme du côté droit.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

Hernie diaphragmatique congénitale à gauche. (Hudelo et Prioleau, Bul. Soc. Anat., novembre 1896, p. 678)

Homme de 33 ans. Toute la moitié gauche du diaphragme est remplacée par un orifice falciforme, à bords lisses et réguliers, nacrés, à concavité postérieure en forme de croissant. La moitié gauche de la cage thoracique renferme rate, estomac et grand épiploon, duodénum, une grande partie de l'intestin grêle, le colon transverse, les deux tiers supérieurs du colon ascendant, le pancréas et l'extrémité gauche du foie. La vésicule biliaire allongée a son extrémité antérieure fusiforme.

OBSERVATION XXV (Résumée)

Hernie diaphragmatique congénitale gauche
(Potocki, Bul. Soc. anat., avril 1886, p. 344.)

Fœtus de sept mois. La veine ombilicale pénètre dans le foie par sa face supérieure, à l'extrémité d'un sillon antéro-postérieur creusé sur cette face, et en occupant la moitié de

la largeur. Le diaphragme présente un orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs situé dans la partie gauche ; dans le thorax, la moitié de la rate, une partie du gros intestin et presque tout l'intestin grêle. Le foie ne présente d'autre particularité que l'insertion bizarre de la veine ombilicale. A la face inférieure n'existe par conséquent pas la branche antérieure gauche de l'H. de Meckel.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

Hernie diaphragmatique congénitale à droite.

(Potoéki, Bul. Soc. anat., avril 1886, p. 290.)

Fœtus de sept mois et demi. Le diaphragme manque presque complètement à droite. Du côté gauche, on trouve en arrière et en dehors un orifice qui laisse passer dans le thorax la rate toute entière. Ni le cœur, ni les gros vaisseaux n'offrent de particularité intéressante.

Le foie est formé de deux parties nettement séparées par un sillon profond dans lequel pénétrait le rudiment du diaphragme droit. L'une des parties était dans le thorax, l'autre dans l'abdomen. Le croissant hépatique maintenait pour ainsi dire, le foie dans sa situation anormale. Sur sa face supérieure, le foie offre tout d'abord ce sillon, au fond duquel une simple membrane sans tissu hépatique se pose et réunit les deux moitiés de l'organe. On y voit, en outre, l'insertion de la veine ombilicale. La face inférieure offre la vésicule biliaire, puis le sillon transverse ; mais on n'y voit pas trace du sillon antéro-postérieur gauche de la veine ombilicale, ce qui se conçoit, puisque cette veine pénètre dans le foie par sa partie supérieure. L'épiploon gastro-hépatique est normal ; les organes qu'il contient ont leur disposition habituelle ; l'hiatus de Winslow béant. Le canal cholédoque s'abouche dans le duodénum comme à l'ordinaire ; il n'a éprouvé d'autre changement qu'une augmentation de lon-

gueur, puisqu'il est obligé de gagner le duodénum en partant de son point d'origine logé dans le thorax comme la vésicule biliaire.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

Configuration anormale du foie. Ectopie de la vésicule.

(Morestin. Ibid., mars 1896, p. 201.)

Sujet du sexe masculin. Le lobe gauche est réduit à de très minimes proportions ; il est représenté par une languette fort mince et large tout au plus de deux travers de doigts. Le lobe droit est allongé de haut en bas de telle façon que sa portion supérieure restant au contact du diaphragme, sa partie inférieure descend jusqu'à la partie la plus déclive de la fosse iliaque. Il semble en outre que le foie ait subi une sorte de mouvement de torsion de gauche à droite. La face dite inférieure est ici tournée directement à gauche pour toute la partie supérieure du foie, et directement en avant pour le prolongement iliaque. Le bord antérieur du foie est presque vertical. La partie iliaque et la partie lombaire du lobe droit sont séparées par un léger sillon postérieur et externe, sillon transversal qui est l'empreinte laissée sur le foie par la crête iliaque. La veine ombilicale occupe un siège à peu près normal ; elle est seulement un peu déviée à droite. Le lobe de Spiegel a gardé son aspect et ses connexions habituelles. Mais la vésicule biliaire a subi un déplacement considérable. Elle est actuellement dans la fosse iliaque, repose en partie sur le relief du psoas, derrière le cœcum. Cette vésicule est de volume normal ; elle est pourvue d'un court mésocyste ; le canal cystique est légèrement oblique en haut et en dedans, et le cholédoque presque verticalement ascendant. La veine porte est transversale ; l'hiatus de Winslow oblique en haut et en dedans. La veine cave n'a subi aucune déviation. Le tissu

hépatique est absolument sain ; les voies biliaires dans un état de parfaite intégrité. Il n'y a aucune adhérence hépatique. Les organes environnants ne présentent aucune lésion ; la paroi abdominale n'offrait aucun relâchement, et le sujet ne portait pas de hernie. Le foie anormal ne subit aucun déplacement quand on met le sujet debout ou couché sur le flanc gauche, et par des tractions exercées sur ce foie, il est impossible de l'abaisser d'un centimètre : sa position est fixe.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

Hernie diaphragmatique congénitale à gauche
(Broomall. American journal of obstetrics, 1879.)

Dans la cavité thoracique gauche sont contenus, rate, pancréas, estomac, tout l'intestin, sauf une anse du duodénum, du côlon ascendant, et le rectum. Le foie est abaissé et incliné de façon à occuper presque toute la cavité abdominale. Le côté gauche du diaphragme manque, à l'exception d'un rebord large de 2 centimètres, fixé sur le pourtour du bord inférieur de la paroi thoracique antérieure.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

Absence congénitale d'une portion du diaphragme
(Polaillon. Union médicale 1881, n° 97.)

Enfant à terme. La moitié latérale gauche du diaphragme n'existe pas. La plus grande portion de l'intestin grêle, une partie du gros intestin et la moitié du foie sont situés dans la cavité pleurale gauche. Le cœur est dévié à droite.

OBSERVATION XXX (Résumée)

Hernie congénitale diaphragmatique droite (Martin Saint-Ange
in Journ. Clin. des difformités, n° 3, p. 236.)

Fœtus à terme. L'estomac, l'intestin grêle, et une portion du lobe droit du foie ont passé dans le thorax qu'ils remplissent

en grande partie. L'ouverture anormale du diaphragme, qui établit la communication entre les deux cavités splachniques, est de forme arrondie, et se trouve du côté droit.

OBSERVATION XXXI (Résumée)

Hernie diaphragmatique droite (Lacchi. Florence, 1882.

Di un caso di hernia diaframmatica a destra.)

Homme de 58 ans. Une solution de continuité du diaphragme arrondie, large de 10 centimètres environ, siège sur le centre phrénique à droite, en avant du ligament coronaire du foie et du trou de la veine cave. Le foie, la petite tubérosité de l'estomac, et une partie (60 centimètres) du gros intestin ont pénétré par cet orifice dans la plèvre droite. Des adhérences pleurales anciennes fixent le colon aux parois thoraciques.

OBSERVATION XXXII (Résumée.)

Hernie diaphragmatique congénitale gauche.

(Pozzi. Bul. Soc. anat., février 1872, p. 90.)

Fœtus à terme. La portion abdominale du foie a la forme d'une moitié d'ovoïde. La face supérieure, devenue antérieure est convexe, et en contact avec toute la portion sus-ombilicale de la paroi abdominale. La face inférieure, devenue postérieure, est couchée sur la colonne vertébrale, et en rapport avec les deux reins; elle est retenue à sa partie médiane à la colonne vertébrale par deux petits replis du péritoine qui tombent perpendiculairement sur la partie droite normale du ligament coronaire. La portion abdominale du foie est séparée de la portion thoracique par une suture profonde, manifestement creusée sur le lobe gauche. Le lobe de Spiegel est engagé dans une ouverture d'un centimètre de diamètre, qui est l'hiatus de Winslow. La vésicule biliaire, malgré une

recherche attentive, n'a pu être trouvée, non plus que les voies biliaires.

OBSERVATION XXXIII (Résumée.)

Anomalie du foie : lobule surnuméraire.

(Laget. Bul. Soc. Anat., janvier 1874, p. 42).

Femme phthisique. Poids de l'organe : 1230 grammes. La partie gauche est tout à fait rudimentaire, et ne dépasse que très peu le ligament suspenseur. Pour remplacer la partie du lobe gauche qui manque, on trouve un lobule isolé, une sorte de foie supplémentaire, qui a la forme et les dimensions d'un petit rein, et qui est en rapport, par sa face supérieure, avec le diaphragme, par sa face inférieure, avec l'estomac ; son bord concave, ou hile, est relié au reste du foie par un vrai mésentère émané de la capsule de Glisson ; ce mésentère a une longueur de deux travers de doigt ; on voit cheminer dans son épaisseur le faisceau vasculaire destiné au lobule anormal.

OBSERVATION XXXIV (Résumée)

Foie discoïde. Anomalie des vaisseaux et des ligaments.

(Longuet, Bul. Soc. Anat., février 1874, p. 186)

Femme de 19 ans. Le foie présente des anomalies dans sa forme et dans la distribution d'un des vaisseaux, dans son système d'attaches aux parois abdominales. L'ensemble de l'organe représente un véritable disque aplati. Ses bords sont régulièrement arrondis et épaissis sur tout le pourtour. Le lobe gauche ne se distingue du lobe droit ni par une moindre épaisseur générale, ni par l'amincissement habituel de son bord libre. Sur la face supérieure, la ligne de démarcation des deux lobes (ligament suspenseur), n'existe que pour les deux tiers postérieurs ; en avant elle manque totale-

ment. Sur la face inférieure, la branche antérieure gauche de l'H dessiné par les sillons ordinaires, n'existe pas; on ne trouve pas trace du cordon qui remplace après la naissance la veine ombilicale dans le sillon gauche. Enfin, le sillon logeant le canal qui, chez le fœtus, fait communiquer la veine ombilicale et la veine cave inférieure, se continue avec le sillon de la vésicule biliaire.

La face supérieure du foie, au niveau du lobe droit, en avant de l'insertion du ligament falciforme, présente un orifice en forme de croissant, qui donne accès dans une cavité profonde, du fond de laquelle part le cordon de la veine ombilicale.

Le foie n'adhérait aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans la cavité abdominale que par le ligament suspenseur falciforme (face supérieure), et par une sorte de pédicule constitué par la veine porte, l'artère hépatique, le canal cholédoque, lequel pédicule étant entouré de toutes parts par le péritoine, unissait le foie au duodénum. Tout l'organe se trouvait tapissé par le péritoine de telle façon que le ligament coronaire et les ligaments latéraux n'existaient pas. L'organe parfaitement libre par ses bords, n'adhérait nullement au diaphragme. L'épiploon gastro-hépatique n'existait pas non plus.

OBSERVATION XXXV (Résumée)

Anomalie du foie : double déplacement par interversion et rotation autour de l'axe vertical. (Kirmisson, *Bul. Soc. Anat.*, février 1880, p. 112).

Vieillard, sexe masculin. Le foie situé dans l'hypocondre droit, présente en avant un bord épais suivant régulièrement le rebord des fausses côtes. Ce bord va en s'amincissant de gauche à droite. Il atteint au contraire sa plus grande épaisseur au niveau de l'épigastre, empiétant

très peu sur l'hypochondre gauche. Sur ce bord antérieur, au niveau de la région épigastrique, on aperçoit une petite languette de tissu hépatique qui se détache du reste de l'organe. Cette petite languette à peu près triangulaire, a son sommet tourné à gauche, et relié à la face inférieure du diaphragme par un repli péritonéal qui représente le ligament triangulaire gauche. On n'aperçoit sur le bord antérieur du foie, quand on le soulève, aucune trace de vésicule biliaire. C'est seulement quand on extrait le foie de l'hypochondre droit (ce qu'on peut faire très facilement, car il est seulement appliqué et nullement fixé par des ligaments), qu'on aperçoit la vésicule biliaire qui confine à la face inférieure du diaphragme, dans l'hypochondre droit, laissant une place colorée sur le diaphragme. En écartant le foie de sa position normale, on reconnaît que son bord postérieur présente tous les caractères du bord antérieur du foie normal. L'insertion diaphragmatique du ligament suspenseur se fait au niveau de l'épigastre ; la presque totalité de la glande est à sa gauche. Quand on veut remettre l'organe dans la position qu'il devrait présenter normalement, le foie se place alors dans l'hypochondre gauche. Le tronc cœliaque et l'artère hépatique ont leur disposition normale ; la veine cave inférieure est accolée à la face inférieure du foie. Le lobule de Spiegel, très petit, est appendu à ce vaisseau et complètement séparé du reste de la glande hépatique. Il n'y a aucune trace d'inversion de viscères.

Il semble donc que ce foie primitivement situé dans l'hypochondre gauche ait subi autour de l'axe vertical un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite qui a eu pour effet d'amener son bord antérieur mince et tranchant en arrière, et son bord postérieur épais en en avant. La laxité des replis qui unissent le foie au dia-

phragme et surtout l'absence de ligament coronaire ont pu permettre ce déplacement.

OBSERVATION XXXVI. (Personnelle).

Foie Multilobé. Ectopie de la vésicule biliaire

Sujet de 32 ans, du sexe masculin, ayant succombé à une fièvre typhoïde

Poids : 1100 grammes. — *Dimensions* : lobe droit, D. transversal : 15 centimètres — antéro-postérieur : 21 centimètres — vertical : 4 centimètres ; lobe gauche, D. transversal : 10 centimètres — antéro-postérieur : 9 cent. $\frac{1}{2}$ — vertical, 2 cent. $\frac{1}{2}$.

Le foie présente une forme irrégulièrement triangulaire. Ses bords offrent une grande épaisseur, presque aussi considérable que le centre de l'organe. L'extrémité du lobe gauche, quoique encore fort épaisse, fait toutefois exception à ce caractère général. Pour montrer combien le bord ordinairement tranchant diffère de l'aspect normal, disons que l'organe reposant par sa face inférieure sur un plan horizontal, le diamètre vertical du bord inférieur atteint 33 millimètres et celui du bord postérieur — qui, on le sait, sur un foie normal est très épais — mesuré de la même façon, atteint seulement 38 millimètres.

Je décrirai à cet organe une face supérieure que l'on ne saurait appeler convexe, une face inférieure presque plane elle aussi, un bord droit, un bord postérieur et un bord antérieur, ce dernier présentant une direction générale fortement oblique en haut et à gauche, interrompue vers son milieu par un vaste sinus ; ou plus exactement une disposition angulaire produite par deux lignes se rencontrant à angle légèrement obtus au niveau de la vésicule biliaire.

La face supérieure présente, non plus deux lobes, mais cinq, dont quatre appartiennent à la portion droite du

viscère. La séparation en deux portions, droite et gauche nous est donnée par l'insertion du ligament falciforme.

Portion droite. — La portion située à droite du ligament suspenseur présente avons nous dit quatre lobes de volume fort inégal ; les deux premiers, — les plus considérables — étant placés du côté droit, l'un au-dessus de l'autre, et offrant un volume sensiblement égal, légèrement plus fort toutefois pour le lobe inférieur. Pour former les lobes, deux sillons se rencontrant presque perpendiculairement, séparent en quatre parties très inégales le parenchyme hépatique. Le premier de ces sillons naît du bord droit de l'organe, à 7 centimètres au-dessous du bord supérieur, se dirigeant un peu obliquement à gauche et en haut, pour aboutir après un parcours de 12 centimètres au ligament falciforme. Mais déjà à 8 centimètres, sa direction a été coupée presque perpendiculairement, par un sillon antéro-postérieur, parallèle au bord droit de l'organe, et d'une longueur de 10 centimètres, à l'extrémité inférieure duquel nous voyons le fond de la vésicule biliaire faire une saillie notable sur ce que l'on doit considérer comme la face convexe ou antérieure. J'ai dit que ce sillon tombait perpendiculairement sur le sillon transversal. Cela est vrai pour sa partie supérieure, soit 6 centimètres ; celle qui est au-dessous du sillon transversal étant légèrement déjetée à droite et en bas. Le sillon perpendiculaire présente une profondeur de 3 centimètres à sa partie supérieure, de 2 centimètres seulement dans sa partie inférieure, située sous le sillon transversal. Celui-ci présente une profondeur constante de 25 millimètres. Enfin, le ligament suspenseur n'est pas exactement placé dans une direction antéro-postérieure, mais bien oblique en bas et à gauche, de façon à délimiter avec le sillon transversal à la partie supérieure, et avec la partie inférieure ou sous-transversale du sillon vertical à droite, un lobe arrondi de

6 centimètres environ de diamètre, placé immédiatement sous le petit lobe supérieur. Celui-ci est à son tour, limité à gauche par le ligament suspenseur, à droite, par la portion sus-transversale du sillon vertical, et en bas par le sillon transversal. Ce petit lobe est de forme rectangulaire, allongé dans le sens antéro-postérieur, présentant une longueur de 8 centimètres, et une largeur de 17 millimètres. Son extrémité inférieure est d'ailleurs séparée par le sillon transversal, qui à ce niveau présente une largeur de 2 centimètres du lobe inférieur arrondi, auquel il est uni par une lame de séreuse péritonéale qui passe comme un pont au-dessus du sillon transversal. Ces lobes ainsi délimités, j'appellerai : petit lobe droit supérieur, le lobe rectangulaire ; grand lobe droit supérieur, celui des grands lobes situé à la droite du précédent ; petit lobe droit inférieur, le lobe sous-jacent au petit lobe droit supérieur ; enfin, grand lobe droit inférieur, le lobe volumineux qu'on rencontre au dessous de son homologue.

En résumé, les deux petits lobes sont à gauche, tout contre le ligament falciforme, et les grands lobes se trouvent à droite. Il nous reste à décrire maintenant les deux derniers. Le lobe droit supérieur a une forme à peu près quadrilatère. Il présente un diamètre transversal de 11 centimètres, un diamètre antéro-postérieur de 9 centimètres $1/2$; un diamètre vertical de 4 cent. Le lobe droit inférieur, de forme ogivale à sommet inférieur a les caractéristiques suivantes : D. antéro-postérieur : 11 centimètres ; D. transversal : 10 centimètres ; D. vertical : 4 centimètres. Le bord inférieur, très épais est assez régulièrement ovoïde. Dans l'échancrure qui sépare la partie droite du petit lobe inférieur de l'extrémité gauche du grand lobe inférieur se trouve la vésicule biliaire, faisant saillie sur la face antérieure de l'organe, dans une étendue de 24 millimètres. Le fond de cette

vésicule, distant de 6 millimètres du sillon transversal, est recouvert par le péritoine qui le fixe dans la fossette où il est reçu.

Portion gauche — Le ligament suspenseur qui sépare les deux portions du foie, contient dans son épaisseur une masse assez considérable de tissu graisseux. Quant au lobe gauche; très épais, de forme irrégulièrement quadrilatère, il présente, commençant à 2 cent. de son bord droit, un sillon en forme d'M, qui de plus en plus profond pendant un trajet de 4 centimètres, redevient au-delà progressivement superficiel, ayant ainsi déterminé une encoche profonde et une esquisse de lobulation sur le lobe qu'il parcourt. Les dimensions de celui-ci sont d'ailleurs les suivantes : D. transversal : 90 millimètres ; antéro-postérieur, 80 millimètres ; vertical : 30 millimètres.

Quant aux bords de l'organe qu'il me reste à décrire, j'ai noté dès le début de l'observation leur épaisseur inusitée et leur forme arrondie. De même, au sujet de la description de la partie droite, j'ai dit les modifications imprimées au bord antérieur. Je n'y reviendrai point. Reste à mentionner l'encoche creusée sur le bord droit (2 centimètres de profondeur, et présentant une ouverture de 3 cent. $\frac{1}{2}$) véritable golfe qui constitue comme l'amorce du sillon transversal. Quant au bord supérieur, il ne possède, on le sait qu'une épaisseur à peine supérieure au précédent. Pour finir notons à peu près en son milieu, une échancrure assez marquée, qui n'est autre que l'origine supérieure du sillon vertical.

Face inférieure. — La face inférieure du viscère est bien moins tourmentée que la face supérieure. Il n'existe pas de lobes surnuméraires. Le sillon transversal si marqué à la face supérieure, quoique nettement indiqué, est très peu profond. Les anomalies portent surtout sur les voies

d'excrétion et sur les vaisseaux. Toutefois, pour en terminer avec le parenchyme, disons que l'éminence porte antérieure est ici manifestement arrondie et sous-jacente au petit lobe droit antérieur décrit plus haut, dont le sépare un petit sillon. Enfin, le lobe de Spiegel est réduit dans son volume et ne présente pas de prolongement antérieur ou *colliculus caudatus*. Les anomalies portent principalement, ai-je dit, sur les vaisseaux et les voies d'excrétion. Je note en effet : trois artères hépatiques d'un calibre sensiblement égal à celui d'une temporale ordinaire. Je n'ai toutefois dû en déterminer l'origine, un couteau non prévenu ayant malheureusement sectionné le pédicule à deux travers de doigt du hile. Des trois artères hépatiques — droite, moyenne et gauche — les deux premières se distribuent à droite, l'une pour le lobe inférieur droit, l'autre pour le lobe supérieur du même côté et le lobe de Spiegel. Ces deux artères sont situées à droite du canal hépatique et sur le même plan que lui. La troisième, qui donne une branche au lobe carré, plonge dans l'extrémité gauche du sillon transverse, en arrière du tronc transversal de la veine porte, et se rend dans le lobe gauche. Sa direction est d'ailleurs fortement oblique en bas et en avant, de telle sorte qu'elle vient rapidement se mettre sur le plan des deux autres artères.

La veine porte est normale, ainsi que la veine cave inférieure. La veine sus-hépatique gauche présente une anomalie assez remarquable. Son tronc, volumineux, s'échappe en partie du sillon transverse et en partie de l'extrémité supérieure du lobe gauche, et va se réunir bientôt à la veine cave.

Les anomalies des voies biliaires sont très intéressantes, au moins en ce qui concerne la vésicule, car le canal hépatique est normal. Pour la raison plus haut indi-

quée, je n'ai pu avoir ni le canal cystique, — la vésicule étant sectionnée au niveau de son col — ni le canal cholédoque. Quoiqu'il en soit, l'orientation de la vésicule est véritablement remarquable, très rare, et par conséquent digne de fixer l'attention, d'autant qu'elle forme une transition naturelle entre l'état normal et la disposition que je décrirai dans l'observation suivante, disposition unique et qui consiste en la présence de la plus grande partie du réservoir biliaire à la face supérieure du foie. Le cas qui nous occupe constitue un stade intermédiaire : en effet, le fond seul et une petite partie du corps de la vésicule sont situés à la face convexe, la face inférieure de l'organe soutenant la plus grande partie du corps. La vésicule, qui présente d'ailleurs les dimensions normales, est en quelque sorte recourbée ici comme un hameçon dont la petite branche occuperait la face supérieure. C'est le contraire qui aura lieu pour le cas suivant. Une telle disposition bouleverse nécessairement, les rapports ordinaires que la séreuse péritonéale affecte avec le cholécyste. Il ne saurait notamment être question de récessus hépato-cystique, le péritoine passant directement comme nous l'avons vu, de la face supérieure du petit lobe droit inférieur sur la vésicule, pour se continuer de là sur le grand lobe droit.

OBSERVATION XXXVII (Personnelle)

Foie mutilobé. — Ectopie de la vésicule biliaire. —

Femme 35 ans. Pneumonie droite. P. 1470 gr.

Ce viscère, de volume normal, est de forme grossièrement ellipsoïde, à grand axe transversal. Il présente : une face supérieure ou convexe, une face inférieure, plane dans son ensemble, deux bords, l'un supérieur, l'autre inférieur, dessinant une courbe à concavité dirigée vers le centre de l'organe. Ces deux lignes vont insensiblement à la rencon-

tre l'une de l'autre, de sorte qu'il n'existe pas, à proprement parler de bord droit, mais plutôt une extrémité droite et une extrémité gauche.

Face supérieure. — Cette face est divisée en deux parties à peu près égales, par le ligament suspenseur qui délimite les deux lobes droit et gauche. Le ligament n'atteint pas d'ailleurs le bord inférieur du viscère, mais s'arrête à l'extrémité supérieure d'une profonde scissure, qui à ce niveau interrompt le bord tranchant sur une profondeur de six centim. Le lobe droit, subdivisé en trois lobes secondaires, est remarquable par la présence de la vésicule biliaire dont la presque totalité est couchée sur la face convexe. De ces trois lobes, le premier, très volumineux, étendu du bord droit au ligament suspenseur, occupe toute la partie supérieure et externe, formant à lui seul le lobe droit presque entier ; il présente une disposition assez régulièrement ovoïde, avec les dimensions suivantes : D. antéro-postérieur, treize cent. D. transversal, quatorze cent. cinq ; D. vertical, trente-six millim.

Une scissure très profonde, curviligne, prenant naissance sur le bord antérieur à quatre centimètres de son origine, remonte en arc de cercle jusqu'au niveau du ligament falciforme. Le point culminant de cette courbe est situé à sept centimètres du bord tranchant. Ce sillon, profond de trois centimètres, délimite un lobe de forme à peu près sphérique de sept à huit centimètres de diamètre, borné à gauche par la profonde scissure du ligament falciforme, et en bas par le bord antérieur.

Le lobe ainsi défini est partagé lui-même en deux territoires inégaux par la vésicule biliaire qui est allongée dans le sens antéro-postérieur sur le parenchyme glandulaire, s'étendant depuis le bord antérieur jusqu'à mi-hauteur de la face convexe et passant dans ce trajet au-dessus du sillon

curviligne. De ces deux parties, de ces deux petits lobes, l'un, celui de gauche, ne représente que le $\frac{1}{3}$ du volume du lobe primitif. Il a pour limites : en haut, le sillon curviligne ; en bas, le bord antérieur ; à gauche, le sillon du ligament suspenseur ; à droite, la vésicule biliaire. Le second, situé à droite, est borné en haut et aussi à droite, par le sillon curviligne ; en bas, par le bord antérieur ; à gauche, par la vésicule. Une incisure assez longue, mais très peu profonde, détermine à sa surface la production d'une languette mince et fusiforme.

Le lobe gauche présente un volume presque aussi considérable que le lobe droit. Il est remarquablement épais, les dimensions sont les suivantes : Diamètre transversal, 12 centimètres. Diamètre antéro-postérieur, 18 centimètres. Diamètre vertical, 3 centimètres $\frac{1}{2}$. Sa surface se trouve sillonnée par deux incisures sans grande importance, l'une parallèle au ligament suspenseur, d'une étendue de 4 centimètres ; l'autre, de même longueur, venant se terminer sur le bord antérieur. Ce dernier est épais, mousse et ne rappelle nullement la disposition normale.

Le bord supérieur du même lobe décrit une courbe à concavité inférieure. Il est assez épais (4 centimètres) et présente à peu près en son milieu une échancrure profonde de 3 centimètres, où vient aboutir l'extrémité supérieure du ligament falciforme.

Le bord inférieur est au contraire concave en haut, très épais (45 millimètres) jusqu'à l'insertion du ligament falciforme au-delà duquel il s'amincit un peu. On rencontre sur ce bord, de droite à gauche :

- 1° Une échancrure profonde qui est l'origine du sillon curviligne ;
- 2° Une deuxième échancrure occupée par le col de la vésicule biliaire ;
- 3° enfin, le sillon très profond, mentionné déjà, auquel aboutit l'extrémité antérieure du

ligament suspenseur. L'extrémité droite, qui, sur ce foie, remplace le bord droit, est épaisse, mousse et régulièrement arrondie.

Face inférieure. — Cette face présente un aspect des plus curieux. Au centre, une masse régulièrement ovalaire, à grand axe vertical, séparée nettement des portions voisines qu'elle surplombe; c'est le lobe de Spiegel, qu'un sillon profond entoure de toutes parts. Ses dimensions sont : longueur (diamètre antéro-postérieur), 8 centimètres; largeur (diamètre transversal), 58 millimètres.

Ce lobe volumineux recouvre par sa partie inférieure tout le sillon transverse, de sorte qu'on est obligé pour apercevoir ce dernier de récliner fortement en haut l'éminence postérieure; d'autre part, cette dernière étant entièrement dépourvue de connexions avec le parenchyme hépatique (sauf évidemment par sa face profonde), le *colliculus caudatus* n'existe pas.

À droite du lobe de Spiegel, un sillon profond contenant la veine cave sur une longueur de 7 centimètres et, tout à fait à son extrémité antérieure, le col de la vésicule, isole le lobe droit. Celui-ci se montre divisé à sa partie inférieure par une échancrure profonde qui n'est autre que l'expression sur la face concave du sillon curviligne que nous avons rencontré sur la face supérieure. Un lobe accessoire, limité à gauche par le sillon de la vésicule, et en bas par le bord antérieur, résulte de cette disposition.

L'éminence porte antérieure a sa forme normale.

Elle est recouverte en arrière par le lobe de Spiegel qui, nous l'avons vu, surplombe et dissimule le sillon transverse.

Le lobe gauche, très volumineux, est fort découpé. Tout d'abord, une incisure oblique en haut et à gauche, profonde de 2 centimètres et longue de 65 millimètres, isole un

lobe irrégulier que limite d'autre part le bord surélevé de l'éminence postérieure. En outre, près de l'extrémité gauche, un sillon antéro-postérieur, long de 7 centimètres, mais peu profond, contribue à former un autre lobe fusiforme, étendu jusqu'à cette extrémité. Enfin, à sa partie inférieure, un sillon irrégulièrement cruciforme divise le parenchyme en quatre petits lobules inégaux.

Vaisseaux et voies d'excrétion. — D'une manière générale, le sillon transverse et, partant, les éléments du hile se trouvent reportés en avant. Toutefois, on ne rencontre sur cet organe cependant si modifié qu'une seule anomalie vasculaire : elle porte sur la veine cave inférieure qui, dans une étendue de 7 centimètres chemine sur le parenchyme hépatique et est recouverte dans les $\frac{2}{3}$ de sa largeur par le lobe de Spiegel. Mais si les vaisseaux sont à peu près normaux, il n'en va pas de même pour les voies biliaires qui présentent une anomalie exceptionnelle, je veux dire la présence de la vésicule sur la face supérieure du foie. A la face concave on ne distingue du réservoir biliaire que le col, situé dans l'échancrure qui d'ordinaire en reçoit le fond. Le canal cystique, de calibre normal, va s'aboucher après un parcours de 28 millimètres dans le canal hépatique qui ne présente aucune modification. A ce confluent fait suite un cholédoque, normal lui aussi. Le corps de la vésicule, qui repose tout entier sur la face convexe, a une longueur de 78 millimètres ; il est solidement appliqué sur le parenchyme par le péritoine, qui passant sur sa face supérieure et s'insinuant sur les faces latérales, fixe complètement et d'une manière parfaite le réservoir biliaire au parenchyme hépatique, aussi bien au niveau de son fond qu'au niveau du corps et du col.

Ce dernier, de forme conique, se recourbe sur le bord antérieur et se continue par le canal cystique, qui croise obli-

quement le lobe carré. Par suite de la singulière disposition que je viens de décrire, c'est donc la face supérieure du foie qui se trouve dépourvue de péritoine et en contact direct avec le parenchyme glandulaire, auquel elle adhère intimement. La poche ne contient aucun calcul, ses parois sont souples et sa surface intérieure présente sur toute son étendue l'aspect finement aréolaire de la muqueuse normale. Au niveau du col, une valvule semi-lunaire marque l'origine du canal cystique.

OBSERVATION XXXVIII (Personnelle).

Absence du lobe carré.

Ce foie qui appartient à un enfant de quatre jours, pèse 80 grammes. Sa face supérieure est absolument normale. A la face inférieure, on constate un déplacement en masse vers la gauche de la vésicule biliaire. Celle-ci qui offre 28 mm. de longueur, est immédiatement sous-jacente et parallèle au ligament rond, dont la sépare tout-à-fait l'épaisseur du parenchyme soit 3 mm. Le lobe carré est donc réduit à zéro. Le lobe droit présente à 3 mm. du bord tranchant et s'étendant parallèlement à lui sur une longueur de 24 millim. un sillon assez profond qui donne naissance à une languette accessoire de forme quadrilatère.

Dimensions : Lobe droit : D. antéro-postérieur : 52 mm. — D. transverse : 50 mm. — Diamètre vertical : 20 mm. Lobe gauche : Diamètre antéro-postérieur : 35 mm. — D. transverse 40 mm. — Diamètre vertical : 12 mm. Distance sulco-marginale : 6 mm.

OBSERVATION XXXIX (Personnelle).

Hernie diaphragmatique congénitale à droite. Ectopie thoracique d'une partie du foie. Ectopie abdominale d'un lobe pulmonaire aberrant.

Fœtus de 5 mois, du sexe féminin. A l'ouverture de la

cavité abdominale, on constate une perte de substance du diaphragme du côté droit. Toute la portion postérieure ou dorsale du muscle fait défaut complètement. Un orifice assez considérable pour admettre la pulpe de l'index fait communiquer à ce niveau les deux cavités thoracique et abdominale. Cet orifice dont la paroi postérieure n'est autre que celle du thorax, est limité en avant par la portion antérieure du diaphragme, très aminci à ce niveau, et offrant l'aspect d'une bride fibreuse en forme de croissant à concavité postérieure qui se détachant de la huitième côte vient se fixer au ligament suspenseur. A la faveur de cette perte de substance, le foie a fait irruption dans la cavité thoracique dont il occupe toute la portion postérieure et inférieure. Le viscère, déplacé dans sa totalité, semble avoir subi une torsion de gauche à droite autour d'un axe vertical, torsion accompagnée d'un refoulement de bas en haut.

D'autre part, on peut voir sous-jacente au diaphragme, appliquée par sa face interne contre le foie, et par sa face externe contre les dernières côtes, faisant par son extrémité supérieure saillie dans la cavité thoracique, une petite masse ovale d'un rouge brun qui semble libre dans cette cavité pleuro-péritonéale, mais qui toutefois se trouve rattachée au huitième espace intercostal par un pédicule très mince formé, semble-t-il, par des vaisseaux extrêmement déliés. Ce corps ainsi aberrant, se trouve en rapport par son extrémité inférieure avec la masse de l'intestin grêle; le parenchyme hépatique lui ménage une sorte de lit sur lequel vient s'appliquer sa face interne; une échancrure nettement marquée et manifestement produite par le bord tranchant du diaphragme, marque la limite qui sépare sur cet organe la portion abdominale de la portion thoracique. Cette dernière s'insinue entre la portion intra-thoracique du foie en dedans et la paroi costale du dehors, sur une éten-

due de cinq millimètres, le bord postérieur de cet organe regardé en arrière et à droite, et vient se mettre dans sa partie intra-pleurale en rapport avec le fond de la vésicule biliaire, qui, nous le verrons bien, répond à la septième côte.

L'organe que je viens de décrire présente une longueur de deux centimètres, une largeur de seize millimètres, et dans sa partie centrale, la plus épaisse, trois millimètres. La substance en est molle, d'une couleur et d'une substance très différente de celle du foie, mais absolument identiques à celle des poumons. — L'examen histologique l'a d'ailleurs prouvé. — Ceux-ci présentent entre eux des différences notables. En effet, tandis que le poumon gauche est normal, le poumon droit se trouve considérablement amoindri dans son volume, modifié dans sa forme qui devient vaguement ovoïde, et dans ses rapports qui sont totalement changés, toutefois, quoique fort réduits ; il est très reconnaissable à ses trois lobes nettement marqués, mais il est refoulé en haut, en avant et à gauche par une portion considérable du parenchyme hépatique. Le cœur et les vaisseaux qui s'en échappent, sont parfaitement normaux : les viscères contenus dans l'abdomen ne présentent que peu d'anomalies ; je note une petite rate accessoire du volume d'un grain de mil appendu au bord inférieur de l'organe principal. Le cœcum cependant est situé dans la cavité thoracique, ainsi que son appendice qui est contourné en tire-bouchon faisant trois tours de spire et présentant une longueur de un centimètre : le cœcum se trouve à ce niveau en rapport avec le corps de la vésicule biliaire. L'intestin grêle est normal. A droite et à gauche, la capsule surrénale fort volumineuse coiffe un rein d'ailleurs normal.

Le foie, dont la forme, par son irrégularité même, échappe à toute comparaison, est maintenu dans sa posi-

tion particulière par le ligament suspenseur, par un ligament triangulaire gauche, qui prend les allures d'un ligament coronaire et soutient le lobe gauche, enfin et surtout par le diaphragme lui-même sur lequel repose et s'appuie la portion intra-thoracique du viscère, portion qui représente les $\frac{2}{5}$ de l'organe. Les rapports de ce dernier en place sont les suivants :

1° *Portion abdominale* : en avant, la paroi, et tout à fait à droite, le corps ovoïde que j'ai décrits ; en arrière, le foie recouvre l'estomac, le bord droit de la rate, la portion droite de la capsule surrénale et du rein gauche, l'intestin grêle, le duodénum, le colon transverse, le cœcum, toute la capsule surrénale et l'extrémité supérieure du rein droit.

2° *Portion thoracique*. — Elle est en rapport en avant et en haut avec le poumon droit, en avant et en bas avec le péricarde et le bord droit du cœur ; en arrière avec la gouttière costo-vertébrale ; en dehors, avec la paroi thoracique dont la sépare, en bas, l'organe ovoïde déjà mentionné.

Si maintenant nous étudions l'organe détaché et reposant sur une table, nous pouvons sans aucune peine et sans violenter le parenchyme glandulaire, reconstituer aisément, tout simplement en l'étalant, un foie sinon très normal, du moins ne différant pas essentiellement de ceux que l'on peut voir d'ordinaire. On reconnaît fort bien, en effet, le lobe de Spiegel, le sillon transverse, le cordon de la veine ombilicale, la fossette de la vésicule biliaire avec l'organe qu'elle abrite, ainsi que le lobe droit qui est toutefois légèrement modifié dans sa forme. Si, par la pensée, on fait subir à un foie normalement placé, une torsion telle que le diamètre transverse du lobe droit devienne vertical, le lobe gauche restant en place, manœuvre qui aura pour effet de couder le bord supérieur du viscère à angle droit au niveau du ligament

suspenseur ; si, d'autre part, on fait subir au lobe droit ainsi modifié une torsion de 45° de gauche à droite, autour d'un axe vertical ; si, enfin, on conçoit les quelques changements apportés par cette série de manipulations dans les rapports et la direction des vaisseaux et des canaux excréteurs de la glande, on aura exactement la figure de l'organe dont nous venons de tenter la description d'ailleurs fort malaisée.

Il reste peu de chose à dire sur la description des parties de cet organe anormal.

Les principales modifications portent sur le lobe droit et les voies biliaires. Le lobe droit contenu presque en entier dans la cavité thoracique, présente la forme d'un prisme triangulaire à base inférieure ; une face antérieure, une face latérale ou droite, une face interne, un bord postérieur situé dans la gouttière costo-vertébrale et deux bords antérieurs : l'interne, en rapport avec la plèvre médiastine et le péricarde, l'externe, avec la paroi thoracique. L'échancrure de la vésicule biliaire laisse apercevoir le fond de cette dernière qui fait une saillie de un millimètre au niveau du milieu du bord externe de la base du prisme et prend contact en ce point avec le milieu du septième espace intercostal.

J'ai dit plus haut les rapports que le fond de la vésicule affecte avec la partie la plus reculée du bord postérieur de l'organe discoïde que j'ai décrit, et qui n'est autre chose qu'une portion aberrante du parenchyme pulmonaire.

Les voies biliaires subissent nécessairement le contre-coup du déplacement de l'organe où elles prennent naissance. En effet, la vésicule est transversalement dirigée de droite à gauche, ainsi que le canal cystique. Quant au cholédoque, il est augmenté de longueur et fortement oblique en bas et à gauche ; il va d'ailleurs déboucher dans le duodénum à

l'endroit ordinaire. Je crois désormais inutile d'insister sur les modifications apportées à la direction et aux rapports des vaisseaux qui se rendent au foie.

OBSERVATION XL (Personnelle).

Foies incisés. Sillon diaphragmatiques.

Je réunis ci-après les cas que j'ai observés de cette anomalie (proportion : 3 pour cent.

I. — Homme, 54 ans, tumeur du corps thyroïde. Le foie pesant 1,400 grammes, présente sur la face convexe du lobe droit, deux sillons antéro-postérieurs, légèrement obliques en bas et à gauche. Le premier, plus marqué, court parallèlement au bord droit, dont il est distant de 3 centimètres, sur une étendue de 65 millimètres. Il est profond de 1 centimètre. Le second, parallèle au précédent, mais bien moins accusé, en est séparé par une étendue de 4 centimètres. Ses dimensions sont : longueur, 40 millimètres; profondeur, 5 millimètres.

II. — Homme, 83 ans. Artério-sclérose généralisée. Insuffisance aortique. Foie petit, 985 grammes. Un seul sillon, situé en plein milieu de la face convexe, à 8 centimètres du bord droit. Dimensions : longueur, 7 centimètres; profondeur, 1 centimètre.

III. — Homme, 56 ans. Insuffisance mitrale, Asystolie. Foie pesant 1,250 grammes. Deux sillons, le premier à 8 centimètres du bord droit. Dimensions : longueur, 6 centimètres; profondeur, 1 millimètres. Le deuxième, distant du précédent de 4 centimètres. Dimensions : longueur, 3 centimètres; profondeur, 6 millimètres.

IV. — Homme, 48 ans. Tuberculose pulmonaire. Foie assez gros, 1,600 grammes. Trois sillons parallèles parcourent la face convexe. Le premier, le moins marqué,

est à 6 centimètres du bord droit. Dimensions : longueur, 3 centimètres ; profondeur, 8 millimètres. Les deux suivants sont distants l'un de l'autre de 1 centimètre, le moyen a 8 centimètres de long sur 9 millimètres de profondeur, le droit, 9 centimètres $\frac{1}{2}$ sur 11 millimètres.

V. — Homme, 60 ans. Pneumonie droite. Poids du foie, 1,380 grammes. Deux sillons antéro-postérieurs et parallèles sur la face convexe, le premier à 9 centimètres $\frac{1}{2}$, le deuxième à 14 centimètres du bord droit. Dimensions, pour le premier : longueur, 10 centimètres ; profondeur, 5 millimètres. Pour le deuxième : longueur, 6 centimètres ; profondeur, 2 millimètres.

VI. — Femme, 65 ans. Tuberculose pulmonaire. Poids du foie, 1,350 grammes. Deux sillons parallèles courent sur la face convexe ; le premier à 9 centimètres du bord droit, le deuxième à 3 centimètres plus loin. Dimensions de l'un, 5 centimètres de longueur sur $\frac{1}{2}$ centimètre de profondeur ; du dernier, 3 centimètres $\frac{1}{2}$ de long ; profondeur : 4 millimètres.

OBSERVATION XLI (Résumée)

Anomalies du canal cystique (Faure, Bull. Soc. Anat.
juillet 1892, p. 511)

Anomalie consistant en un abouchement du canal cystique au niveau de l'angle de séparation du canal hépatique en ses deux branches. De plus, dans ce même cas, le canal cystique présentait une forme tout à fait insolite et était à son origine et à sa terminaison exceptionnellement étroit, malgré la présence de calculs dans la vésicule et une dilatation évidente du canal cholédoque.

OBSERVATION XLII (Résumée)

Anomalie de la vésicule biliaire (Cruveilhier, Bull.
Soc. Anat., février 1860, p. 66)

Anomalie caractérisée par la présence d'une double vésicule, d'un col unique donnant naissance à deux canaux cystiques. A un premier coup d'œil, on ne trouvait qu'une duplicité du fond de la vésicule ; mais en enlevant l'enveloppe péritonéale on voyait que la vésicule était double jusqu'au niveau de son col. Du col devenu unique partaient deux conduits ; l'un s'abouchait dans le canal hépatique, l'autre était coupé avec le canal hépatique de manière que sa terminaison était inconnue ; mais, d'après la direction même, on pouvait supposer que ce second canal cystique devait, comme le premier, aller rejoindre le canal cholédoque.

OBSERVATION XLIII (Résumée)

Ectopie de la vésicule biliaire (Griffon. Bull. Soc. Anat.
novembre 1894, p. 777)

Femme de 71 ans. La vésicule biliaire est logée entre la face convexe du foie et la coupole diaphragmatique. Cet organe, allongé, distendu, est couché sur la face antéro-supérieure du foie dans une dépression large et profonde. Le col augmenté de volume, occupe à lui seul la place normale de la vésicule. Le corps et le fond au lieu d'être dans son prolongement font avec lui un angle à sinus tourné en haut et à droite. Au niveau du col, la palpation révèle un calcul ; au niveau du fond, on sent deux autres calculs. Les trois calculs ont une forme polyédrique et le volume d'une petite noisette. Le fond n'adhère nullement aux parois de l'excavation qui le loge. On peut le soulever, le renverser en dedans et en bas ; la fosse apparaît alors parfaitement régu-

lière, lisse, sans le moindre épaissement de la capsule du foie à son niveau.

Cette manœuvre permet aussi de mesurer la distance qui sépare le fond de la vésicule du bord tranchant du foie. Elle est d'environ 5 centimètres. La longueur totale du cholécyste est de 10 à 11 centimètres. En plus de l'anomalie que je viens de décrire, le foie présente en deux points des malformations congénitales. La veine ombilicale (ou le cordon fibreux qui la remplace) logée d'ordinaire dans une simple gouttière de la face inférieure de l'organe, traverse ici un tunnel complet. En d'autres termes, le parenchyme hépatique envoie au-dessous d'elle une languette, véritable pont réunissant l'une à l'autre les deux berges de la rivière. Une autre anomalie qui paraît également congénitale siège à l'extrémité droite du foie. Sur la face antérieure de cette portion de l'organe, une incisure profonde rend libre une languette de tissu hépatique, déterminant la formation d'un petit lobe accessoire inséré linéairement et verticalement sur la masse principale. Le foie pèse 1250 gr.; il est indemne de toute altération macroscopique.

OBSERVATION XLIV (Résumée)

Inversion de l'estomac et de la rate (Debouie. Bulletin
de la Société anatomique de Paris, 1857)

Enfant né avant terme. Le foie occupe l'hypochondre droit à sa place habituelle, et présente son volume normal. L'estomac est également situé dans l'hypochondre droit, immédiatement au-dessous du foie. A la place occupée normalement par la rate, on ne trouve ni cet organe, ni rien qui en tienne lieu. On ne l'observe pas davantage dans l'hypochondre droit. Seulement on trouve, attenant à la grosse tubérosité de l'estomac, un tubercule rougeâtre, sphérique,

du volume d'un noyau de cerise, et pouvant tenir lieu de rate.

OBSERVATION XLV

Absence d'ouverture de l'ampoule de Vater. (Oxley, the Lancet, 8 décembre 1883)

Enfant de 5 semaines. Ictère intense. Ventre énorme. Matité complète dans tout le côté droit de l'abdomen. Une ponction amena l'évacuation de 1,400 grammes de bile. Mais l'épanchement se reproduisit, en moindre quantité, il est vrai.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume d'une noix de coco, située au-dessous du bord inférieur du foie, et adhérente par sa partie postérieure à l'épiploon gastro-hépatique, et par sa partie inférieure au duodénum. Le conduit hépatique et le conduit cystique, tous deux perméables, s'ouvraient dans cette espèce de kyste évidemment formé par la dilatation du canal cholédoque. La vésicule biliaire était vide. En ouvrant le duodénum on reconnaît la papille correspondant à l'ampoule de Vater. Mais on n'y découvrit aucune ouverture.

OBSERVATION XLVI

Absence des canaux hépatique et cholédoque. (Freund)

Nouveau-né qui, dès le premier jour, avait présenté une décoloration des selles, blanchâtres comme du lait caillé ; en même temps que les téguments présentaient une teinte ictérique très prononcée. L'enfant mourut trois mois après.

A l'autopsie, foie augmenté de volume. A la place de la vésicule biliaire se trouve un petit cul de sac de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de long sur $\frac{1}{2}$ de large, laissant échapper

un liquide visqueux et clair. Mais il n'y a pas trace des canaux hépatique et cholédoque.

OBSERVATION XLVII

Oblitération des voies biliaires. (C. Henning)

Deux cas d'ictère chez des nouveau-nés qui succombent au bout de quelques jours.

A l'autopsie on trouva une oblitération complète du canal cholédoque, ainsi qu'un rétrécissement du canal cystique. La vésicule biliaire contenait dans les deux cas une grande quantité de bile.

OBSERVATION XLVIII (Résumée).

Oblitération du canal cholédoque. Morgan, Méd. Times and Gaz, 16 février 1878.

Enfant atteint 10 jours après sa naissance d'un ictère prononcé. A l'autopsie, hypertrophie du foie. La vésicule, vide, était de la grosseur d'un pois, le cholédoque oblitéré dans une étendue de deux centimètres.

OBSERVATION XLIX (Résumée).

Absence partielle des voies biliaires. Konrad Lotze, Berlin Klin. Vochensch. 1876, p. 38,

Enfant mort vers le huitième mois. Foie hypertrophié. Le cholédoque, perméable, est très étroit, Le conduit hépatique droit seul se laisse poursuivre quelque peu. Celui de gauche est remplacé par un cordon fibreux. Absence complète du canal cystique. La vésicule biliaire est en place, mais adhérente au foie par du tissu de cicatrice.

OBSERVATION L.

Cruveilhier, Foie multilobé, Traité d'anatomie descriptive,
t. II, p. 179.

Foie divisé par des sillons profonds en lobules inégaux. Quelques-uns de ces lobules ne tenaient au reste du foie qu'à l'aide d'un pédicule formé par les membranes épaissies et par les vaisseaux et conduits biliaires.

OBSERVATION LI Meckel.

(Tab. An. Pathol).

La vésicule biliaire est divisée dans toute sa longueur en deux parties exactement symétriques et donne naissance à deux canaux cystiques, qui débouchent dans le cholédoque par des orifices distincts. Elles sont presque identiques, l'une d'elles, toutefois est quelque peu plus étroite et plus longue que sa voisine.

CHAPITRE V

LES ANOMALIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LEUR PATHOLOGIE

Il est un certain [nombre d'anomalies du foie et des voies biliaires qui n'apportent aucun trouble dans le fonctionnement physiologique de l'organe : silencieuses, elles ne se révèlent que sous le scalpel de l'anatomiste ou le couteau du chirurgien. Comment en effet reconnaître, comment même se douter, qu'il existe par exemple deux vésicules ou une bifurcation du conduit cystique ? Qu'importe, d'ailleurs, si ces dispositions spéciales n'apportent aucune entrave à la bonne marche du mécanisme vital.

En face de ces cas, il en existe d'autres qui sont au contraire incompatibles avec une vie normale — telle par exemple l'oblitération congénitale des conduits biliaires — ou qui créent un état ne pouvant se maintenir quelque peu que dans des cas exceptionnels (ectopie thoracique). Ceux-là appellent l'attention des médecins, et ne se font point faute d'exercer leur sagacité.

Entre ces deux extrêmes, enfin, il y a place pour des anomalies qui sans s'opposer d'une façon manifeste aux grandes fonctions physiologiques, constituent par elles-mêmes pour l'individu qui les porte une source permanente de troubles mal définis, quelquefois un danger constant. La ptose hépatique, les grands lobes accessoires pédiculés, l'ectopie antéro-supérieure de la vésicule rentrent dans cette catégorie.

Et d'ailleurs, toutes ces dispositions ne produiraient-elles pas des effets aussi prononcés, qu'elles n'en seraient pas moins fort gênantes par les erreurs de diagnostic, presque toujours inévitables, auxquelles elles peuvent donner lieu. C'est donc faire œuvre utile que d'appeler l'attention sur des anomalies, qui pour être rares, n'en n'existent pas moins et sont susceptibles de devenir des obstacles sérieux.

La plus grave des malformations de la glande hépatique est sans contredit l'oblitération congénitale de ses conduits excréteurs. J'ai montré, dans l'étude anatomique, qu'il y a deux sortes d'oblitérations : celle qui tient à un vice de développement, et qui atteint la totalité des canaux d'excrétion ; et l'oblitération acquise due à une angiocholite ayant frappé le conduit biliaire pendant la vie fœtale. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. Laisant de côté toute discussion sur la pathogénie de cette oblitération, j'étudierai de suite comment elle se manifeste cliniquement.

Il s'agit ou bien d'un enfant naissant avec de l'ictère, ou bien d'un nouveau-né chez lequel les

téguments ne se colorent qu'au bout de deux, trois, quelquefois dix jours (Morgan). Dans ces cas l'oblitération est nettement postérieure à la naissance. Quoiqu'il en soit de cette distinction, l'affection est établie, et voici quels en sont les symptômes.

L'enfant dort presque sans cesse; dans les moments où il est éveillé, ses mouvements sont mous; rien n'attire l'attention du côté de l'encéphalé; il n'y a pas de fièvre.

La coloration des téguments se fonce de plus en plus et finit par être très prononcée. Le méconium est d'emblée décoloré, semblable à du lait caillé; ou bien, dans les premiers moments, il est normal. Le foie est hypertrophié. (Dans un cas de Oxley, toutefois, l'affection se présentait sous l'aspect d'une tumeur occupant le côté droit de l'abdomen, tumeur dont une ponction retira 1100 grammes de bile.) L'enfant dépérit peu à peu, ou succombe assez rapidement quelques jours après la naissance. On note quelquefois de l'hémorragie du cordon; et, plus tard des taches ecchymotiques dans le dos; les derniers moments sont marqués par des vomissements et des convulsions. Mais tous les sujets ne succombent pas à la cachexie biliaire; nombre d'entre eux sont emportés par une affection intercurrente, notamment la broncho-pneumonie.

Quand j'aurai signalé la présence du coryza, du catarrhe intestinal et la rareté des selles sanguinolentes, j'aurai décrit les symptômes de cette affection. Ce sont, en définitive, ceux de la rétention biliaire continue, de la cholémie.

Aucun traitement n'est capable d'atténuer une aussi fâcheuse disposition ; d'autant que l'on ne sait jamais, a priori, si l'oblitération porte sur tout l'arbre biliaire ou seulement sur quelques-uns de ses points. En admettant même que l'on puisse avec certitude diagnostiquer l'endroit précis où porte l'oblitération, il est évident que l'âge de l'enfant, son état de cachexie, enfin et surtout la difficulté d'opérer assez vite sur des canaux aussi petits rendent impossible toute intervention chirurgicale.

L'ectopie thoracique d'une partie du foie, sans être frappée d'un pronostic aussi fatal, n'en constitue pas moins une anomalie des plus sérieuses ; et quoique certain sujet ait pu arriver jusqu'à l'âge de 58 ans⁽¹⁾, malgré cette déformation, il n'en est pas moins vrai qu'une telle disposition place les individus qui en sont affectés dans la perpétuelle imminence d'accidents très sérieux ; l'étranglement interne est particulièrement à redouter dans ces cas, l'intestin accompagnant presque toujours le foie dans ses déplacements, surtout du côté gauche. Je n'ai pas besoin de m'apesantir sur la gravité que présentent chez ces malheureux les affections respiratoires.

Peut-on reconnaître une telle malformation ? Si l'intestin ou l'estomac ont pénétré dans le thorax, la percussion, à gauche principalement, produira un son tympanique ; on pourra percevoir, par l'auscul-

(1) Lacchi, Loc. cit.

tation, des gargouillements intra-thoraciques, le déplacement des battements du cœur et la faiblesse du murmure vésiculaire. Si au contraire c'est le lobe droit qui s'est insinué dans la cavité thoracique, l'augmentation en hauteur de la zone de matité, qui s'élèvera jusqu'au-dessus du mamelon, la diminution du murmure respiratoire, et dans ces deux cas, l'état de vacuité relative de l'abdomen, l'absence ou la modification de la matité propre à certains viscères, enfin la dyspnée et la cyanose mettront sur la voie du diagnostic.

Le traitement, dans cette singulière malformation, ne peut être que palliatif et hygiénique.

Le foie flottant, foie mobile, constitue un organe mal défini, relevant de l'anatomie en ce qui concerne ses causes et de la pathologie, quant aux troubles dont il s'accompagne. Le diagnostic en est aisé, car un organe aussi caractéristique, vu sa forme et son volume, ne saurait être méconnu. Quelles ressources possédons-nous contre cette imperfection ? Le traitement rationnel et qui a souvent été suivi, sinon de succès complet, du moins d'amélioration durable, consiste, après avoir ramené l'organe dans sa position normale, à l'y maintenir au moyen d'une ceinture. Mais, dans certains cas, le viscère est si éloigné de l'hypochondre droit, ou bien le vide qu'il a laissé est si parfaitement comblé, qu'on ne peut arriver au résultat désiré. Il faut alors se garder d'insister, car on pourrait déterminer la torsion du

pédicule. Je crois que la conduite rationnelle serait d'ouvrir l'abdomen, de réintégrer l'organe ectopique à sa place et de l'y fixer en le suturant à la paroi. Une ceinture serait néanmoins toujours nécessaire.

Les lobes accessoires du foie ne traduisent leur présence que lorsqu'ils sont longuement pédiculés et peuvent alors ballotter plus ou moins dans l'abdomen, exerçant des compressions ou des tiraillements douloureux, accompagnés de pesanteur stomacale, de céphalée, de vomissements ; quelquefois aussi par des troubles de la miction et de l'œdème des membres inférieurs.

Lorsque, dans ces conditions, la palpation permet de percevoir une tumeur dépendant du foie, lisse et mobile, on est autorisé à lui attribuer les troubles signalés plus haut. Une laparotomie permettra de fixer à la paroi le lobe flottant ; car, bien que Ponfick (1) ait pu extirper le quart du lobe droit à des lapins (qui se sont d'ailleurs très bien remis au bout de trois jours), l'on n'est pas autorisé encore à pratiquer chez l'homme l'ablation d'une masse hépatique aussi considérable que l'est parfois un lobe accessoire.

L'ectopie antéro-supérieure de la vésicule constitue une anomalie qui n'est pas sans quelque danger, le coude formé par le réservoir au niveau du bord antérieur de l'organe pouvant mettre obstacle à la progression de calculs qui auraient été évacués par le canal cystique.

(1) Archiv. für path. an. und Phys. Band CXVIII.

Mais l'importance de cette disposition réside surtout dans les erreurs de diagnostic auxquelles elle expose. Admettons un instant que l'orifice inférieur de la vésicule soit obstrué. L'accumulation de liquide qui se produit alors déterminera la distension du réservoir biliaire et la production, *sur la face convexe*, d'une tumeur allongée, rénitente, que l'on pourra confondre, soit avec un abcès, soit avec un kyste hydatique ou encore une pleurésie, car le liquide retiré par la ponction est dans ce cas incolore et ne présente pas la réaction des sels et des pigments biliaires. Cette tumeur pourra s'ouvrir à travers le diaphragme, soit dans la cavité pleurale, soit dans les bronches, déterminant une vomique qu'il sera impossible de rapporter à sa cause véritable. Que cette vésicule soit atteinte de cholécystite : des adhérences la relieront presque sûrement au diaphragme, et si une suppuration vient à se produire, l'abcès sous-phrénique sera constitué. Enfin, ne peut-on pas admettre que dans ce cas et dans ceux qui, sans avoir la même origine, présentent une disposition pratiquement identique (cas de Griffon), une fistule cystico-pulmonaire ou pleurale pourra se former, qui déversera dans l'arbre aérien une bile plus ou moins modifiée ? Je lis dans Charcot (Maladie du foie et des reins, page 193), l'observation d'un malade qui présentait une expectoration verdâtre où l'on put déceler les réactions de la bile. « Il y a lieu, par conséquent, dit l'auteur, de penser qu'une communication s'était établie entre les conduits biliaires et les bronches, par *des voies plus ou moins in-*

directes. L'autopsie n'a pas été pratiquée ». Ces voies « plus ou moins indirectes » n'auraient-elles pas pu être constituées par une ectopie de la vésicule ?

Je m'arrête sur ce doute qui résume l'incertitude dans laquelle se débat la pathologie des anomalies du foie. Je serais récompensé de mon labeur, si ce modeste essai pouvait, dans une faible mesure, contribuer à la dissiper.

CONCLUSIONS

- I. — Les anomalies du foie et des voies biliaires extra-hépatiques sont rares, et, même chez les monstres, ne se présentent que dans les cas les plus accentués ou les plus complexes.
- II. — Les sillons diaphragmatiques du foie ne se rencontrent qu'à partir de cinquante ans environ. Ils sont beaucoup plus fréquents chez l'homme, dans la proportion de quatre-vingt-six pour cent. Conformément à l'opinion de Zahn ils sont presque toujours dus à l'influence d'une affection des voies respiratoires.
- III. — L'ectopie du foie, appelée foie mobile ou flottant s'accompagne d'une anomalie de son appareil suspenseur, de la présence congénitale d'un méso-hépar.
- IV — Il y a lieu d'admettre une anomalie spéciale de la vésicule biliaire, que j'appellerai l'ectopie antéro-supérieure. Cette anomalie est intimement liée à celle qui est connue sous le nom de foie multilobé.

- V. — Le cloisonnement transversal de la vésicule biliaire, qui détermine la biloculation de cet organe dans le sens antéro-postérieur, est, dans la majorité des cas, dû à la lithiasé.
- VI. — L'oblitération congénitale des voies biliaires reconnaît le plus souvent pour cause, comme l'a indiqué Porak, non point un vice de développement, mais une angiocholite ayant évolué pendant la vie fœtale.
- VII. — Le foie flottant devra être refoulé dans la situation normale par des manœuvres prudentes, et y être maintenu à l'aide d'une ceinture de forme appropriée. Dans les cas où, vu son éloignement, il n'est pas possible d'arriver à un résultat favorable par ce moyen, on doit, pour faire cesser les accidents, pratiquer la laparotomie suivie d'hépatopexie.
- VIII. — Lorsqu'un lobe accessoire est flottant, et détermine des troubles notables et prolongés, on est autorisé à le fixer à la paroi abdominale.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TEISSIER.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR

G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 16 juillet 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
CHAPITRE PREMIER. — Classification des anomalies	9
Tableau synoptique.....	16
CHAPITRE II. — Les anomalies chez les sujets d'ail- leurs normaux.	
I. Anomalies du foie.....	17
II. Anomalies des voies biliaires.....	45
CHAPITRE III. — Les anomalies chez les sujets anormaux.....	67
CHAPITRE IV. — Observations.....	79
CHAPITRE V. — Les anomalies du foie et des voies biliaires envisagées au point de vue de leur pathologie	121
CONCLUSIONS.....	129

